

**Alimentação e saúde: percepção sobre qualidade de vida de gestantes
e parturientes.**

Um estudo de caso

Tatiana Akemi Kawata

**Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana e Problemas
Sociais Contemporâneos**

(Setembro, 2013)

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos, realizada sob a orientação científica de Fernando Dias de Avila-Pires e Iva Miranda Pires.

Aos que me acompanharam nesta nova etapa.

AGRADECIMENTOS

Muitos me auxiliaram e estiveram presentes na constituição desta dissertação e a eles agradeço.

Agradeço aos meus pais, Mario e Carmem, e aos meus irmãos, Tiago e Camila, por estarem sempre ao meu lado, incentivando e acreditando.

Agradeço ao meu marido (mon amour), pelo apoio, paciência, incentivo e todo amor que me faz seguir adiante.

Agradeço ao meu amigo e orientador, Dr. Fernando Dias de Avila-Pires, pelas tardes de conversas, ideias e sugestões.

Agradeço à Dr^a Iva Miranda Pires, minha orientadora e coordenadora do curso de Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos, pelas sugestões, informações e paciência.

Agradeço as minhas amigas Selma, Juliana, Meriete e Ana, pelas dicas, sugestões e discussões, que tiveram influências no corpo deste trabalho.

Agradeço às mulheres participantes desta pesquisa.

Alimentação e saúde: percepção sobre qualidade de vida de gestantes e parturientes. Um estudo de caso.

Tatiana Akemi Kawata.

Resumo

Todos almejamos ter qualidade de vida, mas cada um a sua maneira. Os valores atuais do que afirmamos ser qualidade de vida variam, assim como os fatores que acreditamos ser constituintes de uma boa qualidade de vida se distinguem em níveis culturais, sociais e individuais. Nesta pesquisa, que considerou aspectos qualitativos, procuramos perceber quais são os fatores que compõem o entendimento ocidental sobre o que é qualidade de vida. Para tanto, focamos esta percepção dentro do universo feminino numa fase em que o cuidado é, culturalmente e socialmente, considerado mais intenso: a gestação. Coletamos os dados por meio de um questionário, que foi respondido por 53 gestantes e parturientes falantes do idioma português, e de uma entrevista aplicada a 9 dessas mulheres. Na sequência, entrelaçamos os discursos coletados com a teoria apresentada no corpo teórico deste trabalho, segundo a qual, para muitos, a qualidade de vida envolve elementos como o conforto e bem-estar correlacionados à saúde, à alimentação, ao meio ambiente, ao meio social e ao psicológico. Entre os resultados obtidos, destacamos as preocupações alimentares, nutricionais e de saúde que envolvem a concepção de qualidade de vida de algumas mulheres durante a gravidez, questões discutidas no seio da sociedade em que vivemos.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação, saúde, nutrição, gestantes e parturientes, qualidade de vida.

Food and health: the perception on quality of life of pregnant women and parturients. A case study.

Tatiana Akemi Kawata.

Abstract

Everyone aims to have quality of life, but each in his or her own way. Nowadays the values we claim to be descriptive to quality of life diverge as well as the factors that we believe to be constituent of a good quality of life, which are described in cultural, social and individual levels. This research, with qualitative aspects, pursued to understand what are the factors that compose Western understanding of what is quality of life, health, knowledge and focused this perception within a specific universe, the female at a stage when care is culturally and socially considered more intense: pregnancy. I collected the information applying online questionnaires, where I received 53 answers of pregnant women and parturients and resulted in 9 interviews and I associated statements collected with the theory presented in the body of this work. For many people quality of life involves elements such as comfort and well-being and is correlated to health, food, environment, social environment, and psychological state. Among the results I highlight the concerns about food, nutrition and health, which are involved in the quality of life for some women during pregnancy, issues discussed within the society in which we live.

KEYWORDS: Food, health, nutrition, pregnant women, parturients, quality of life.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA.....	4
DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	6
METODOLOGIA	7
CAPÍTULO 1. CONSTRUÇÕES DE CORPO, DE DOENÇA E DE SAÚDE.....	13
1.1 DOENÇA	13
1.2 SAÚDE PÚBLICA	16
1.2.1 <i>Alguns eventos que influenciaram a saúde pública no Ocidente</i>	<i>18</i>
1.3 MEDICINA, CORPOS E HOSPITAIS.....	20
1.4 CORPOS GRÁVIDOS.....	22
1.5 CORPO ENQUANTO CONSTRUÇÃO SOCIAL.....	25
1.6 O CORPO FEMININO	27
1.7 MUDANÇAS NA APROPRIAÇÃO DO CORPO.....	27
1.8 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	29
1.9 SAÚDE E MEDICINA	29
CAPÍTULO 2. QUALIDADE DE VIDA	33
2.1 FATORES SUBJETIVOS E OBJETIVOS DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA.....	35
2.2 QUALIDADE DE VIDA E ALIMENTOS	36
2.3 QUALIDADE DE VIDA PARA AS GRÁVIDAS	37
CAPÍTULO 3. ANTROPOLOGIA E ALIMENTAÇÃO	39
3.1 TRANSFORMAÇÕES ALIMENTARES	40
3.2 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	43
3.3 ALIMENTAÇÃO E SAÚDE.....	45
3.4 INFLUÊNCIAS ALIMENTARES	47
3.5 CORPO E ALIMENTAÇÃO.....	49
3.6 ALIMENTOS ORGÂNICOS, BIOLÓGICOS E NATURAIS	51
CAPÍTULO 4. GESTAÇÃO.....	53
4.1 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ.....	54
4.2 CIÊNCIA E FATORES PSICOLÓGICOS E SOCIAIS.....	57
4.3 RESPONSABILIDADES FEMININAS NO PERÍODO DA GESTAÇÃO	61
CAPÍTULO 5. QUESTIONÁRIO: PERFIL DAS GESTANTES E PARTURIENTES	64
5.1 <i>Questionário: idade, estado civil e renda familiar</i>	<i>64</i>
5.2 <i>Tratamento dos dados coletados nos questionários.....</i>	<i>66</i>
CAPÍTULO 6. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	70
6.1 PRIMEIRA CLASSIFICAÇÃO: TRADIÇÃO, PROFISSIONAL DA SAÚDE E CONHECIMENTO PRÓPRIO	70
6.1.1 <i>Tradição.....</i>	<i>71</i>
6.1.2 <i>Profissionais da saúde.....</i>	<i>72</i>
6.1.3 <i>Conhecimentos</i>	<i>74</i>
<i>Análise primeira classificação.....</i>	<i>76</i>
<i>Conclusão primeira classificação.....</i>	<i>89</i>

6.2 SEGUNDA CLASSIFICAÇÃO: RÓTULOS, TABELA NUTRICIONAL, MUDANÇAS ALIMENTARES, MOTIVOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	91
6.2.1 Primeira parte: mudanças alimentares e motivos.....	91
Análise primeira parte.....	93
Conclusão primeira parte.....	97
6.2.2 Segunda parte: rótulos, tabela nutricional e orgânicos	98
Análise segunda parte.....	102
Conclusão segunda parte.....	105
6.2.3 Terceira parte: alimentação saudável, equilibrada e vida saudável	106
Análise terceira parte.....	108
Conclusão terceira parte	111
6.3 TERCEIRA CLASSIFICAÇÃO: ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA	112
Análise terceira classificação.....	114
Conclusão terceira classificação	118
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	120
REFERÊNCIAS CITADAS.....	123
LISTA DE FIGURAS	I
LISTA DE QUADROS.....	II
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO VIRTUAL	III
ANEXO 2 - ENTREVISTA	VII
ANEXO 3 – TABELA CLASSE MÉDIA BRASIL.....	IX

LISTA DE ABREVIATURAS

DALY- Disability-adjusted life year

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNPM - Plano Nacional de Políticas para Mulheres

QUALY- Quality-adjusted life year

SEA - Secretaria de Assuntos Estratégicos

SUS - Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Se levarmos em consideração que muito de nossa percepção da vida é construída socialmente, concepções como de corpo, doença, saúde, sentimentos, normalidade e diferenças são construídas a partir das regras da sociedade onde nos inserimos, de acordo com os processos de subjetivação que cada um de nós experiencia. Tais fatos compõem nosso universo de interpretações e noções sociais e, por mais que o discurso biológico esteja implicado na compreensão desses assuntos, o que transforma a nossa realidade vem da convivência e das normas preestabelecidas no coletivo¹.

Tendo como ponto de partida o exposto, realizamos a pesquisa ora apresentada – *Alimentação e saúde: percepção sobre qualidade de vida de gestantes e parturientes. Um estudo de caso.* –, na qual transitamos pela ecologia humana; pelas construções, através da história, do corpo, da doença e da saúde; pela qualidade de vida; pela antropologia e alimentação; e, finalmente, pela gestação.

Ressaltamos, porém, que não é nossa intenção rescrever com perfeição e detalhadamente a história de nossa sociedade, da medicina ou das doenças e das concepções de saúde. O entendimento de tais eventos, contudo, é importante para a discussão sobre qualidade de vida, alimentação, saúde na gestação, que é o foco deste estudo.

Por sua vez, para explicar a doença, é preciso, primeiramente, entender o conceito de saúde, visto que “a conceituação e a compreensão do processo saúde-doença são condicionadas pela capacidade intelectual e cognitiva do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de sua existência.” (Saccol, 2009, p. 37). Nesse sentido, compreendemos que os próprios conceitos de qualidade de vida, nutrição, alimentação e gestação foram e continuam sendo transformados e ressignificados. No ramo da Sociologia do Conhecimento, as principais interrogações colocadas são: Quais as condições para uma descoberta científica? Como se constituem tal descoberta e sua racionalização? Essas interrogações demonstram que não existem descobrimentos ou evoluções independentes. Kuhn (1978) discute o papel do historiador de relatar as descobertas científicas e como a tarefa se torna cada vez mais complexa pela falta de linearidade. Além disso, há a imparcialidade, dependendo da

¹ Cabe lembrar que também somos atores sociais passíveis de realizar mudanças. Somos socializados e socializantes de nossa realidade. (Berger & Berger, 1977).

preferência pelos dados coletados da formação do pesquisador, somando-se a isso uma vertente que critica a utilização de determinados documentos, visto que esses são o fruto de tensões de poderes, em que um discurso predomina e outros tantos são silenciados (LeGoff, 2003).

Em se tratando da preferência do pesquisador, mencionada por LeGoff (2003), esclarecemos que o nosso interesse pelo tema “gestação” surgiu durante o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção de grau em Ciências Sociais, no qual trabalhamos com o empoderamento feminino na hora do parto. Para o Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH), da Universidade Nova de Lisboa (UNL), trouxemos elementos pesquisados na ocasião, aos quais acrescentamos outros destacados durante os meses de aulas nas disciplinas do Mestrado.

O exposto nos deu subsídios para acreditarmos que a gestação, no mundo em que vivemos, é um momento socialmente importante na vida de uma mulher e que a gestante convive com diversas mudanças, tanto sociais quanto alimentares, corporais e psicológicas. Foi sob essa perspectiva de mudanças que trabalhamos, nesta pesquisa, com gestantes, com a maneira como se sentem e se modificam nesse tempo que antecede o rito de passagem e da criação do papel social de mãe.

Sendo assim, partimos do pressuposto de que a gestação faz parte do corpo biológico, mas tramita no social, com seus ritos de cuidados específicos à gestante desde a época de nossas tataravós. O permitido e o proibido durante a gestação, entre fazeres, ações e comidas, sempre suscitaram superstições, tradições e histórias nas gerações de mulheres. Porém, as sabedorias populares perdem, cada vez mais, força no mundo moderno (e/ou pós-moderno), e começamos a depositar confiança na ciência médica e em informações veiculadas pela mídia, com ênfase na internet.

Ao considerarmos a “história” da gravidez em fases², nos remetemos ao fato de que, inicialmente, para as gestantes, havia as sabedorias populares, o conhecimento atingido pela prática e difundido por mulheres mais velhas e parteiras, que funcionavam como forma de proteção e informação. Com o tempo, a obstetrícia e a ciência receberam destaque, e os médicos passaram a ser vistos como a personificação do conhecimento e os difusores de informação. Mais adiante, com o advento da internet, as mulheres

2 Como teorizado por Kuhn (1978), não existe uma linearidade nos eventos, mas, para elucidação, trabalhamos com fases.

receberam, em suas mãos, meios de realizar pesquisas voltadas ao tema gestação, de obter informações de forma independente e de difundi-las por meio de comunidades virtuais.

Atualmente, as três formas de saber mencionadas – pelas mulheres mais velhas e parteiras, pelos médicos e pela internet – circulam conjuntamente. A primeira forma não obteve destaque nesta pesquisa, possivelmente devido ao nível de conhecimento e informação das gestantes que dela participaram, o que não significa que sejam inexistentes, como destacamos na parte teórica deste trabalho. Mesmo não recebendo uma maior consideração das entrevistadas, a tradição ainda aparece como fonte de informação e de condutas a serem seguidas durante a gravidez. Nesta pesquisa, o conhecimento e a informação são dois pontos importantes para perceber o empoderamento que pode resultar dessas formas.

Ainda a respeito da gestação, compreendemos que seja um momento de cuidado com o corpo, pois este não é só da gestante, mas um espaço dividido entre dois ou mais seres humanos (no caso de gêmeos e trigêmeos, por exemplo) em formação. Mãe e filho(s) partilham semanas juntos, e esse tempo é biologicamente e socialmente considerado um momento especial que exige cuidados específicos em relação à gestante, os quais se traduzem em conselhos de mãe, avó, vizinho, amigos, sogra, desconhecidos, entre outros. Esse tempo gera, igualmente, preocupações da grávida com o corpo, a saúde, a alimentação e a qualidade de vida.

Esta pesquisa foi realizada com enfoque qualitativo, sendo um estudo de caso, no qual trabalhamos com o levantamento de dados existentes na literatura sobre os assuntos supracitados, além da coleta de informações a partir de um questionário virtual e entrevistas em profundidade com gestantes e parturientes. A realização, numa fase inicial, dos questionários permitiu, posteriormente, selecionar mulheres para a realização das entrevistas. Contudo, a informação recolhida nos questionários também permitiu corroborar e ilustrar alguns dados encontrados na análise das entrevistas, razão pela qual foram incluídas no trabalho. As entrevistas foram realizadas pelo Skype, e os resultados obtidos foram extraídos a partir da análise do discurso.

Esta reflexão e investigação foram realizadas no contexto das Ciências Humanas, calcadas no aprendizado do Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos, conforme já mencionamos.

Perspectiva da Ecologia Humana

Na década de 1970, a questão ambiental ganhou destaque trazendo a ecologia humana para a discussão da qualidade de vida e questionando, desde então, a forma de consumo e bem-estar em vigor, como também as consequências da exploração de recursos naturais no presente e para o futuro. (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Na ecologia humana e na ecologia da saúde, a qualidade de vida é uma temática recorrente, devido à percepção de que a nossa saúde é bastante afetada pelas alterações relacionadas ao clima e ao ambiente e, consequentemente, pelas questões da relativização do conceito inferido à qualidade de vida para determinada população, o que ocasiona repercussões na qualidade de vida que todos almejamos alcançar.

Bauman (2005) relaciona qualidade de vida ao consumo. Nesse sentido, afirma que essa é uma forma de perceber a qualidade de vida e destaca que, por esse viés, é impossível criar um mundo no qual todos obtenham a qualidade de vida desejada. Em seu argumento, coloca que é um objetivo irrealista, pois, se qualidade de vida é definida pelo consumo, seriam necessários três planetas Terra iguais ao que vivemos para garantir qualidade de vida para todos. Isso porque, atualmente, “quanto melhor a qualidade de vida, maior a ‘pegada ecológica’ deixada por uma cidade no planeta que compartilhamos” (Bauman, 2005, p. 38), ou seja, para o autor, a questão ecológica, na lógica consumista, não tem espaço para discussões.

Ritzer (2004) destaca os diferentes problemas relacionados ao poder aquisitivo de cada nação e como isso pode acarretar implicações sérias ao meio ambiente. Apresenta, como exemplos, o problema do lixo tóxico que países desenvolvidos enfrentam e a poluição frequente nas grandes cidades, sendo que ambos trazem problemas de saúde ou a obesidade para a maioria desses países. Ainda segundo o mesmo autor, países em desenvolvimento sofrem em menor proporção com esses problemas diretamente relacionados ao excesso (lixo, consumo, produtos e alimentos), havendo outros relacionados mais com falta de saneamento, água potável, saúde, educação, etc. Por fim, ressalta que há, igualmente, outros problemas coletivos, como a camada de ozônio e alterações climáticas que afetam ou afetarão todas as nações, independente de serem parte da causa desses problemas. A questão, para Ritzer (2004), reside na diferença entre países e classes sociais, sendo que os mais abastados terão

melhores meios de mitigação. Nesse ponto, dependendo da nação estudada, os problemas e os domínios relacionados à qualidade de vida se modificam.

Entendemos, por fim, que a qualidade de vida perpassa muitos fatores e que o ambiente começa a ganhar destaque nas discussões sobre clima, alterações climáticas, poluição, contaminação da água, solo, venenos, mudanças indiscriminadas na composição dos alimentos e uso de conservantes. Um dos meios de mitigação dos problemas advindos de alguns desses fatores é a alimentação saudável, que pode ser obtida, por exemplo, procurando a procedência dos alimentos e investindo produtos orgânicos/biológicos e naturais.

DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Nosso problema de pesquisa ficou assim definido: Qual é a percepção de saúde, nutrição, alimentação saudável e qualidade de vida de gestantes e parturientes?

Assim, nosso objetivo foi: analisar partes do desenvolvimento teórico que impulsionaram a transformação de conceitos, como de doença, saúde, qualidade de vida, gestação e alimentação, como estes se entrelaçam entre si e entre outros conceitos expostos neste trabalho e, ainda, como abarcam a percepção final dos sujeitos desta pesquisa.

Com base nos relatos de grávidas e parturientes, bem como em suas respostas ao questionário e à entrevista, analisamos a articulação entre esses relatos e a base teórica sobre conhecimentos em saúde, alimentação e qualidade de vida apresentada nesta pesquisa.

METODOLOGIA

A metodologia de investigação utilizada nesta pesquisa enquadra-se no modelo metodológico qualitativo. Segundo Haguete (1987), a análise qualitativa é utilizada quando existem obstáculos que impedem a observação direta e/ou a mensuração. Víctora, Knauth e Hassen (2000) complementam que o método qualitativo não tem utilidade em grandes grupos e convém para entender o contexto de algum fenômeno, ou seja, serve para perceber e reproduzir a visão de dentro do grupo pesquisado, no qual “a análise dos dados assume as características de uma interpretação dos eventos pesquisados.” (p. 38).

No caso de nossa pesquisa, nos preocupamos, conforme os ensinamentos de Víctora et al. (2000) e Haguete (1987), em trabalhar com um grupo de gestantes e parturientes e realizar perguntas sobre conhecimentos, informações e conceitos, como de saúde, nutrição, alimentação saudável e qualidade de vida, procurando resgatar a percepção e os saberes que essas gestantes e parturientes possuem e/ou receberam sobre esses assuntos. A metodologia adentra o universo qualitativo, pois entendemos que os conceitos pesquisados e a percepção desses não são passíveis de observação direta e/ou de mensuração, conforme expõe Haguete (1987), além de que o objetivo foi identificar as noções sobre alimentação, saúde e qualidade de vida e as fontes de informação atuais de gestantes e parturientes.

No que se refere aos dados empíricos que apresentamos, os coletamos por meio de entrevistas semiestruturadas³, aplicadas a um grupo de gestantes e parturientes, procurando obter informação sobre a questão que expomos, que é a percepção desse grupo específico sobre qualidade de vida, alimentação e saúde. Com as entrevistas, desejamos captar o que Haguete (1987) chama do “retrato que o informante tem de seu mundo”, no qual o pesquisador deve “avaliar o grau de correspondência de suas afirmações com a “realidade objetiva”, ou factual.” (p. 77). Em outras palavras, devemos perceber as afirmações, contradições e noções subjetivas na hora de avaliar e analisar os dados coletados de uma entrevista.

Posto dessa maneira, esta pesquisa trabalhou com a interpretação das opiniões e dos conhecimentos desvendados por meio de 9 entrevistas realizadas com gestantes e

3 A entrevista foi realizada de forma semiestruturada, pois abre a possibilidade de encontrar múltiplas respostas e possibilitar a introdução de novas perguntas no decorrer da entrevista, de acordo com o interesse desta pesquisa e da pesquisadora, visando à elucidação e/ou explicação do tema.

parturientes, bem como por um questionário que, constituído por questões abertas e fechadas, foi respondido por 53 mulheres igualmente gestantes e parturientes.

Utilizamos a internet para aplicar os questionários a mulheres grávidas e parturientes. Primeiro, coletamos dados por meio da ferramenta de formulários do Google Docs, em que postamos o questionário⁴ e adicionamos uma introdução sobre o objetivo de nossa pesquisa e, no final desse, solicitamos que as mulheres que desejassem nos auxiliar com a entrevista deixassem seus contatos. Divulgamos, para amigos, o link do questionário a partir de nosso e-mail pessoal e pedimos que repassassem para amigas grávidas e/ou parturientes. Também o divulgamos na rede social Facebook, em comunidades de gestantes, e em nosso perfil pessoal. Explicamos e divulgamos o link unicamente em português, para mulheres falantes desse idioma. Nesse caso, tivemos questionários respondidos apenas por brasileiras, portuguesas e uma austríaca faltante da língua portuguesa.

O questionário serviu, sobretudo, para descobrir mulheres que pudessem participar das entrevistas, bem como foi uma forma de avaliação inicial dos conhecimentos, das informações dessas gestantes e parturientes a respeito dos temas trabalhados nesta pesquisa. Não houve um cálculo de amostragem, e os dados apresentados foram analisados de forma a trazer alguns contrapontos e afirmações no que se refere à discussão teórica apresentada neste trabalho.

A opção por utilizar a internet para realização de nossa pesquisa deveu-se à dificuldade de conseguir autorização no Conselho de Ética brasileiro, órgão responsável pelo controle das pesquisas realizadas em setores públicos. Esse fato inviabilizou nossa pretensão exposta no projeto de Mestrado, que consistia na aplicação de questionários em salas de espera e em Unidades de Saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Partir de uma pesquisa utilizando recursos virtuais tem suas implicações. Wright (2005) coloca que a comunicação a partir do computador vem crescendo mundialmente e que pesquisadores começam a utilizá-lo como recurso, destacando as vantagens e desvantagens dessa nova forma de pesquisa.

4

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?pli=1&formkey=dDBWbWQ3MUNkcU9yeXIIYXhJZDF2VUE6MQ#gid=0> . (Questionário no Anexo 1).

Advantages include access to individual in distant locations, the ability to reach difficult to contact participants, and the convenience of having automated data collection, which reduces researcher time and effort. Disadvantages of online survey research include uncertainty over validity of the data and sampling issues, and concerns surrounding the design implementation, and evaluation of an online survey. (Wright, 2005, pp. 1-2).

Problemas levantados em pesquisas virtuais não foram encontrados, como a questão de múltiplas respostas de um único participante. As desvantagens levantadas por Wright (2005) não são centrais em nossa pesquisa de cunho qualitativo e, como o mesmo coloca, “For researches interested only in conduction nonprobability research these issues are somewhat less of a concern.” (p. 6). No que se refere às falsas informações fornecidas sobre idade, nível educacional e renda, entre outros, também são encontradas em outros tipos de coleta de informação.

Quanto à preocupação relatada por alguns autores sobre a descoberta e a divulgação de potenciais respondentes, no nosso caso, a rede permitiu maior alcance a partir das comunidades de gestantes no Facebook e a circulação do questionário a partir de nosso e-mail e de amigos. No total, foram 53 respostas virtuais nos 7 meses em que ficou aberto.

Outras vantagens são o baixo custo e a facilidade, como coloca Wright (2005):

(...) conducting online interviews, either by email, or in a synchronous "chat" format, offers cost savings advantages. Costs for recording equipment, travel, and the telephone can be eliminated. In addition, transcription costs can be avoided since online responses are automatically documented. (pp.3-4).

Outro benefício da pesquisa virtual é a possibilidade de o pesquisador poder desenvolver sua investigação mesmo distante geograficamente dos seus sujeitos de estudo, fato que corroborou nossa situação, pois, durante o desenvolvimento desta pesquisa, residíamos na cidade de Bergen, Noruega. Por isso, os recursos de comunicação digital supracitados possibilitaram realizar a pesquisa, mesmo estando distante do Brasil e de Portugal, locais onde residem as gestantes e as parturientes que participaram desta pesquisa. Também possibilitou obter respostas ao questionário de várias regiões do Brasil, além de países como Portugal, Canadá, Argentina e Noruega.

A forma de descobrir futuras entrevistadas foi feita na última questão do questionário, onde se propunha às respondentes que desejassem prosseguir participando de nossa pesquisa que deixassem alguma forma de contato, como e-mail, telefone e endereço do Skype, para, posteriormente, participar de uma entrevista via Skype ou telefone. Das 53 respondentes, 26 mostraram-se dispostas a continuar participando da pesquisa e, portanto, realizar a entrevista, fornecendo-nos algum tipo de informação para contato. Porém, algumas mulheres não responderam após o contato feito por nós via e-mail e/ou Skype, e o resultado final foi o total de 9 entrevistas. Para a entrevista, conseguimos o contato de oito brasileiras residentes no Brasil e de uma parturiente que vive na Noruega.

Salientamos que decidimos realizar as entrevistas⁵ com um aspecto informal, como definido por Mann (1983), pois não desejávamos interpretar reações, mas opiniões, conhecimentos, informações dessas gestantes e parturientes sobre o período da gestação. Ademais, o objetivo deste trabalho não foi testar hipótese nem trazer generalizações, que não cabem em uma pesquisa qualitativa, mas conhecer mais sobre o assunto e comparar as percepções individuais de algumas mulheres com a literatura existente sobre os temas. Assim, realizamos, a partir do programa Skype, o total de 9 entrevistas com mulheres, entre gestantes e parturientes, conforme já mencionamos.

Por fim, acreditamos que a forma virtual de pesquisa não prejudicou os resultados apresentados nesta dissertação. Um dos problemas que pode ser ressaltado sobre a forma como realizamos a pesquisa consiste na redução das possibilidades de encontrar classes sociais diferentes, pois nos utilizamos de um meio que ainda é de acesso restrito, que foi a internet. Outrossim, cremos que alcançaríamos os mesmos resultados em relação à classe e escolaridade, se o único local de pesquisa fossem os consultórios privados de Florianópolis. Nesse sentido, a rede possibilitou uma gama de respostas maior e, talvez, mais variada.

Realizamos entrevistas cujas perguntas envolveram questões sobre conhecimentos, informações, alimentação, percepções, mudanças de hábitos durante a gestação. Junto às perguntas e respostas, classificamos e criamos três grandes grupos de variáveis, que possibilitaram analisar o discurso, durante o período da gravidez, das gestantes e parturientes participantes da pesquisa. A análise do discurso abre

5 Em anexo.

possibilidade de interpretação das falas destas mulheres sobre um período específico em suas vidas: a gravidez.

Para Silva, Gobbi e Simão (2005), “o primeiro passo para análise do discurso consiste em estar de posse dos dados que poderão ser coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, questões abertas dos questionários ou outras ferramentas que o pesquisador julgue adequadas.” (p. 74). Sendo assim, para Orlandi (2000),

(...) A Análise de Discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive. O trabalho simbólico do discurso está na base da produção da existência humana. (p. 15).

A partir da concepção de análise de discurso de Orlandi (2000), Pincelli (2005) complementa que

(...) a Análise do Discurso tem como propósito fazer a articulação entre a linguagem e a ideologia, a noção de formação discursiva representa a formação ideológica do discurso, relacionando-se à circunstância das palavras adquirirem determinado sentido em conformidade com as posições assumidas por aqueles que as utilizam. Ela determina, assim, o que pode e o que deve ser dito em uma dada conjuntura sócio histórica. (p. 20)

A primeira análise destaca a importância do locutor e da fonte de informação seguida ou não pela gestante ou parturiente. Classificamos o local onde elas buscam informações sobre gestação, tais como: os saberes populares, os profissionais da saúde e/ou outras formas independentes (revistas, internet, comunidades virtuais, cursos, etc.). Buscamos analisar, a partir da fala dessas mulheres, o peso dado por elas para as informações coletadas sobre aspectos relacionados à saúde na gravidez e sobre formarem opiniões e tomarem decisões sobre este tema.

Na segunda análise, avaliamos, a partir da descrição das gestantes e das parturientes, o peso da preocupação com relação à alimentação e às mudanças nos hábitos alimentares durante o período gravídico e quais foram os motivos dessas mudanças ou dessas escolhas alimentares (futuro, ambiente, econômico, estético, social, etc.). Além disso, buscamos compreender o nível de conhecimento dessas mulheres sobre questões específicas de nutrição.

Por último, trabalhamos com a percepção das gestantes e parturientes sobre o que é qualidade de vida e como este tema é percebido por elas de forma geral e em suas vidas.

Esta pesquisa resume um estudo de caso não representativo, pois o conseguimos de forma qualitativa, com foco no grupo estudado e cujo perfil será descrito no corpo do trabalho. Em síntese, na análise, exploramos os dados empíricos com a finalidade de buscar os significados e as interpretações das participantes desta pesquisa, a partir do aporte teórico que apresentamos a seguir e que dará significado e sentido às nossas interpretações.

CAPÍTULO 1. CONSTRUÇÕES DE CORPO, DE DOENÇA E DE SAÚDE

Neste capítulo, temos como foco as construções a respeito do corpo, da saúde e da doença na sociedade ocidental. Iniciamos a nossa abordagem com a visão de doença na Grécia Antiga e a acompanhamos, através dos tempos, até chegarmos aos dias de hoje. Nessa abordagem, conforme mencionamos na Introdução, não nos preocupamos em reescrever a história da sociedade, da medicina, das doenças ou das concepções de saúde, mas em contextualizar a gestante e a parturiente, visando à discussão sobre qualidade de vida, alimentação e saúde na gestação. Para tanto, nos detivemos nos conceitos de doença; na saúde pública, com alguns eventos que a influenciaram no Ocidente; na medicina, nos corpos e hospitais; em corpos grávidos; no corpo social; no corpo feminino; nas mudanças da percepção do corpo; nas políticas públicas; e na saúde e medicina.

No que se refere aos conceitos de corpo e de doença, esses se transformaram (e ainda continuam em transformação) na medicina ocidental. O corpo tornou-se objeto de estudos, inicialmente, para elucidar o processo de adoecimento, este explicado pelo espaço cosmológico dentro da natureza, por seus deuses e espíritos. Em outras sociedades, que utilizam outros conceito de medicina, como, por exemplo, nas medicinas tradicionais chinesa e indiana, ainda há, nos dias de hoje, explicações que fogem ao espaço do corpo como maneira de esclarecer o processo de doença. Atualmente, as pesquisas focam-se em descobrir a definição de saúde, estando a prioridade voltada para campanhas de promoção de saúde, educação em saúde e prevenção de agravos, recaindo a lógica sobre o não-adoecimento, e não mais sobre a cura e a reabilitação dos indivíduos. O tratamento da doença tornou-se algo necessário apenas nos casos em que a prevenção e a promoção da saúde não conseguiram evitar o adoecimento.

1.1 Doença

A doença, por muito tempo, durante o desenvolvimento da medicina ocidental, foi explicada pela magia, pelos rituais e mitos. A doença, assim como outros fenômenos do mundo e da sociedade, necessitava de uma explicação, a qual se apresentou no domínio do desconhecido, tendo em vista que essa era a lógica de compreensão da realidade durante o período ao qual fazemos referência.

Na Grécia Antiga, houve, com Hipócrates, algumas mudanças na forma de entender a doença e algum desenvolvimento em direção à ciência médica. Um dos estudiosos mais citados na história da medicina – Hipócrates – é autor da teoria da origem natural das doenças e dos quatro humores, segundo a qual o equilíbrio de humores resulta na saúde e o desequilíbrio do mesmo causa a doença. Barros J. C. (2001) afirma que:

A escola hipocrática aprofunda estratégias de recuperação da saúde, mas, sobretudo, de prevenção das doenças e que se podem extrair dos fragmentos, reunidos sob a epígrafe Corpus Hipocraticum nos quais se pode notar a valorização do ambiente de trabalho, da habitação ou da dieta, na determinação do bom estado de saúde. (p. 70).

Na Europa, o desenvolvimento da medicina teve, durante a Idade Média, um “retrocesso”⁶. Nessa época, o conhecimento assumiu outras configurações, e “a teologia surge como ciência colocada no cume da hierarquia de todos os conhecimentos.” (Trigo, 2000, p. 7). Igualmente, a mudança social e ideológica fez da Igreja Católica ideologia dominante, a qual se tornou a principal responsável pelos doentes, pois a medicina era exercida por religiosos como forma de piedade. Havia a crença de que a culpa da expiação divina era uma das causadoras da doença e que, portanto, o motivo da doença era religioso, acima de outras possíveis explicações, visto que o corpo era considerado como um templo e a anatomia não era uma opção aos que desejavam salvar a alma. Nessa direção, a Igreja Católica proibiu a realização de necropsias.

No período mencionado, surgiu a teoria de Galeno (129-217) e, mais tarde, a de Paracelso (1493-1541). O primeiro utilizou a teoria de Hipócrates e os avanços de seus sucessores, destacando o fluxo permanente de humores e das causas de doenças internas e externas. Entretanto, foi com o segundo que a forma empírica de conhecimento começou a ser desenvolvida, trazendo hegemonia para a medicina europeia. De acordo com Barros J. C. (2001), foi Paracelso quem realizou a transição das teorias conhecidas e reconhecidas até aquele momento para o princípio do modelo empírico, até hoje conhecido no Ocidente.

Segundo Helm (2001), os luteranos, na universidade protestante, utilizavam-se da anatomia para os estudos médicos e das artes. A anatomia era considerada uma

6 Assim é considerado por muitos historiadores.

questão de lei e de conhecimento da criação divina, sendo ensinada sem pudores, tanto nas disciplinas que envolviam medicina quanto nas relacionadas às artes. O mesmo autor afirma que, durante o século XVI, para os católicos, a teoria de Hipócrates e a de Galeno foram incluídas como parte do conhecimento tradicional ligado à criação divina, enquanto a teoria de Paracelso era parte da corrente protestante e da nova medicina que, sem ser sagrada, recebia a classificação de medicina moderna.

Assim, a anatomia, na universidade católica, foi conquistando espaço quanto à necessidade da apreensão do corpo, tendo como apoio a teoria de Hipócrates e a de Galeno, para, gradualmente, aceitar o estudo do corpo como forma de conhecimento e aperfeiçoamento da prática médica. Com a apropriação e a compreensão do corpo humano, adveio a intenção de substituir o barbeiro⁷ em seu ofício, até então reconhecido, de cuidar das doenças e de curá-las. Assim, a partir da ascensão da medicina, o barbeiro, por não possuir a exatidão e o conhecimento da dissecação, foi perseguido e creditado como profissional desqualificado, sendo a sua função extinta.

Por fim, Helm (2001) conclui que, nos dois locais de aprendizagem, ou seja, na universidade católica e na protestante, a anatomia foi ensinada da mesma maneira e o conhecimento, difundido pelas dissecações. A questão era mais ideológica do que científica, pois ambas as universidades utilizavam os estudos anatômicos de Vesalius (1514-1564). Porém, enquanto o catolicismo credenciava a teoria de Vesalius como continuação do trabalho de Deus e um aprimoramento das teorias escritas por Galeno, os protestantes utilizavam a teoria de acordo com os preceitos de Lutero e indicavam uma nova forma de estudar a medicina.

A medicina começou a ganhar os contornos que hoje conhecemos somente no Renascimento, momento em que a ciência se estabeleceu como ideologia dominante. Foucault (2005) enfatiza que “é preciso conceber que a Aufklärung⁸ é uma mudança histórica que atinge a vida política e social de todos os homens sobre a superfície da Terra.” (p. 338). Também afirma que “esse conjunto (o iluminismo) inclui elementos de transformações sociais, tipos de instituições políticas, forma de saber, projetos de racionalização dos conhecimentos e das práticas, mutações tecnológicas (...)” (Foucault, 2005, p. 346). O autor ressalta, igualmente, o momento histórico e as mudanças que

7 Também houve perseguições a parteiras, a benzedeiras, a curandeiros e a todos os ofícios que tinham alguma ligação com o cuidado e a cura de doentes.

8 As luzes.

levaram a essa nova forma de racionalizar a vida. Nesse contexto, as instituições modificaram-se, ocorrendo uma ruptura por meio da qual a ciência ganhou o espaço necessário para o desenvolvimento como disciplina e método. Foi nesse momento que a medicina baseada em evidências e o modelo biomédico ou mecanicista⁹ tiveram seu reconhecimento e desenvolvimento, bem como à doença foram atribuídas importância e explicações científicas. (Barros J. C., 2001).

1.2 Saúde Pública

Relatamos, a seguir, por meio de alguns trechos reproduzidos, a influência e a criação da saúde pública, sem, entretanto, termos a intenção de traçar uma cronologia, mas apenas elucidar alguns fatos que consideramos importantes no contexto de nossa pesquisa.

A preocupação com a saúde pública antecedeu a industrialização, tendo sido, a partir do Renascimento que começou a se configurar nos formatos que atualmente a conhecemos, embora seja anterior a esse período. Rosen (1979) afirma que é na vida em comunidade que ocorrem a necessidade de organização e o controle da população, o que permite ponderar que houve, em várias outras populações e situações dentro delas, organizações de controle e cuidado aos doentes e prevenção das doenças. Avila-Pires (2013) recorda que, já na Roma Antiga, eram desenvolvidas ações contra a malária e para melhorar a qualidade de vida das populações. Segundo esse autor,

It is important to bear in mind that empirical public health practices have lead to the improvement in living conditions along the centuries, especially the practices concerned with public hygiene and sanitation, irrespective of the theories involved: miasmatic, contagious, or of the microbial infections of Pasteur. The first example that comes to mind is the control of malaria in ancient Rome through the digging of canals and the drainage of marshes. The miasmatic theory resisted until the times of Pasteur – and a form of it lingers to this day, under the guise of pollution. The historical changes in the theories of disease – from miasmatic to microbial infection - did not alter epidemiological correlations

9 “O novo modelo explicativo introduz a gradativa reorientação nos princípios e práticas que irão conformar a nova medicina, sendo muito ilustrativo o modelo mecânico que se erige como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens.” (Barros J. C., 2001, p. 74). Baseado em evidências do modelo cartesiano de separação, é, hoje, criticado pela distância entre o observador (médico) e observado (paciente).

based upon population/environment studies. This view would later be labeled black box epidemiology, and stand at the center of a bitter debate. (Avila-Pires, 2012, p. 3).

Havia, conforme exposto por Avila-Pires (2013) no trecho supracitado, uma atividade contra o que se acreditava ser as causas das doenças, traduzida pela teoria miasmática, que ocorreu em vários locais distintos e sem conexão pela possibilidade de explicação do desconhecido. Esse autor ainda demonstra que, mesmo com as descobertas de Pasteur e com os avanços na medicina, o ambiente sempre foi uma preocupação nos estudos epidemiológicos.

Rosen (1979) elucida que, no Ocidente, foi durante a Idade Média que a saúde pública ganhou evidência, pois o cercamento da população resultou em doenças decorrentes da convivência próxima entre seres humanos e animais confinados no mesmo espaço, o que induziu ao desenvolvimento de políticas de controle e à adoção de práticas de higiene pública. A saúde pública surgiu, então, como forma de gerir os problemas entre a população urbanizada e as doenças que se propagavam pela nova forma de convívio.

A saúde pública iniciou seu processo quando a higiene saiu da esferas privada e religiosa passou à esfera pública e civil. A polícia médica descrita por Peter Frank, em 1779, para os países germânicos, demonstrou, pela primeira vez, preocupações estatais com as questões de saúde coletiva. Apesar da denominação de polícia, Gaumer (1995) esclarece que o significado não é agressivo como o que entendemos desta palavra atualmente. A polícia tinha um significado de administração, de controle e de vigilância da saúde dentro do ambiente social e físico. Os problemas destacados por Frank, em seus escritos, eram referentes às vestimentas, à moradia, à alimentação, à construção de escolas, à maternidade, ao trabalho infantil e, inclusive, à higiene. (Gaumer, 1995).

Desde cedo, a saúde pública tem demonstrado sua importância no desenvolvimento de populações, mas foi somente com o Iluminismo que recebeu o status e a forma como hoje a conhecemos. Foi na época descrita por Peter Frank que os governos, com o apoio da medicina, começaram a desenvolver políticas públicas de ação em massa. Como a história demonstra, a partir do século XVIII, as ações eram, por vezes, obrigatórias, por meio de transformação das cidades, dos hábitos de higiene e de profilaxia, como a vacina. (Rosen, 1979).

A crescente urbanização trazida pela Revolução Industrial e o consequente aumento da população migrante do campo para as cidades e para outros países levaram ao crescimento desordenado e à aglomeração nas periferias. Rosen (1979) descreve que o maior desafio para a saúde pública moderna eram as doenças que, em virtude do crescimento desenfreado das cidades, surgiam mais frequentemente com caráter epidêmico, haja vista que, nesses conglomerados de habitações projetados apenas como dormitório, a higiene não era prioridade, havendo grandes problemas sanitários e sem soluções práticas.

1.2.1 Alguns eventos que influenciaram a saúde pública no Ocidente

Gaumer (1995) discorre sobre a importância da saúde pública e sua evolução no século XIX a partir de exemplos de países como a França, a Grã-Bretanha, os Estados Unidos e a União Soviética.

Na França, a fase da Restauração (1815- 1948) é destacada pelos avanços e políticas públicas focadas em ações sanitárias e de higiene. Villérme foi um dos teóricos que expôs a situação precária da classe trabalhadora perante os problemas sanitários e de trabalho. Nesse período, houve um avanço, e ocorreu a criação da disciplina Higiene Pública nas faculdades, além de medidas de salubridade, em Paris, que constituíram uma medida pioneira e foram exportadas, como exemplo sanitária, para diversos países. Porém, as medidas sanitárias perderam força na segunda metade do século XIX, por causa do conflito entre os órgãos administrativos interessados nas melhorias ambientais e os médicos detentores do poder de decisão, com a preferência por esforços direcionados ao estabelecimento e desenvolvimento dos hospitais em detrimento da preocupação com a saúde da população.

Já, na Grã-Bretanha, Chadwick, em 1842, assinou a Lei dos Pobres, a qual demonstrou preocupação com os pobres daquele país e propôs mudanças no ambiente físico e social em que esses pobres viviam. As medidas tomadas na Grã-Bretanha influenciaram o campo da saúde pública em todo o Ocidente (Gaumer, 1995). O relatório apresentado em 1842 demonstra a importância do ambiente físico e do estado de saúde dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que propõe a redução de custos a partir da prevenção, em vez de gastos com o tratamento. Castiel, Ferreira e Guilam (2010) também buscam explicar a Lei dos Pobres como forma de ganho financeiro estatal, ao prevenir doenças em vez de tratá-las, pois os custos com hospitalização, aposentadorias

por invalidez e afastamentos eram (e ainda são) mais custosos do que campanhas de prevenção.

Na Alemanha, Bismarck foi o primeiro a implementar um sistema de segurança social que seria seguido por outros países no decorrer do final do século XIX e no início do XX. Antes de Bismarck, a saúde pública e a segurança social eram organizações distintas e não havia comunicação entre elas. Com a junção de ambas, o programa proposto garantia a cobertura social de acidentes de trabalho, doença, velhice, invalidez e desemprego. A partir de então, a saúde e os problemas sociais começaram a andar na mesma direção.

No entanto, foi nos Estados Unidos que as ciências sociais aprofundaram as pesquisas sobre saúde pública e ganharam espaço para pesquisas de cunho social, ambiental e físico, as quais, porém, se encontravam focadas nos aspectos individuais de educação e com um sistema de saúde privado. Por fim, Gaumer (1995) coloca que, provavelmente, a primeira nação industrializada a adotar um sistema de saúde integral foi a União Soviética (URSS).

Para Gaumer (1995), a descoberta de Pasteur modificou o caminho da saúde pública, pois, com a nova percepção de que a causa das doenças eram microbactérias, houve uma perda significativa na visão macro da doença. Portanto, as medidas se tornaram cada vez mais focadas no corpo e na medicina dentro do espaço hospitalar, o que reafirma as preocupações francesas com o foco hospitalar, e não com a higiene pública. Porém, segundo Ferreira, Eduardo e Dantas (2003), as teorias sobre a transmissão da doença a partir do miasma e os princípios escritos por Hipócrates foram utilizados, por muitos séculos, como explicação e justificativa de mudanças no ambiente e nas construções e reformas das cidades. Da mesma forma, de acordo com Avila-Pires (2013), mesmo após a descoberta de Pasteur, algumas medidas de mudanças na estrutura das cidades permaneceram sendo justificadas pelo binômio ambiente-saúde. A teoria miasmática, mesmo sendo colocada em segundo plano como explicação para doenças, ainda teve a sua importância e influência na reforma de algumas cidades, como em Natal, no Brasil, onde as mudanças estruturais realizadas foram baseadas nas questões ambientais e de saúde (Ferreira et al, 2003). Os autores afirmam que a reforma realizada na cidade ocorreu com base na teoria miasmática. Cabe elucidar, também, que, atualmente, o ambiente foi novamente retomado como preocupação, envolvendo a saúde e teorias da ecologia da saúde, da ecologia humana e da crise ambiental.

Em resumo, a ascensão das cidades e a Revolução Industrial trouxeram as doenças como principal preocupação da saúde pública. Houve uma evolução gradual desta dentro da sociedade ocidental, com o intuito de melhorar a vida de toda a população, e a saúde pública auxiliou no benefício da prevenção, que evitou doenças epidêmicas. Ainda em relação à saúde pública, Avila-Pires (2000) declara que o maior triunfo dessa área foram as mudanças de comportamento, maiores do que os progressos da medicina da época.

1.3 Medicina, corpos e hospitais

Segundo Piñero (1969), a história da medicina é anterior à da escrita. As fontes de conhecimento de cura eram realizadas por observações e práticas empíricas, pois havia a necessidade da cura do doente. Tais conhecimentos foram comprovados e bem desenvolvidos na Mesopotâmia e no Egito Antigo. Segundo o autor, foi na Grécia Antiga que o conhecimento racional teve seu início, propiciando o começo da medicina científica ocidental.

Como já mencionado na subseção 1.1, com o advento da Idade Média, a medicina tornou-se domínio da Igreja Católica, havendo, também, médicos laicos que tiveram sua importância na introdução do saber medicinal greco-árabe. Isso porque, enquanto o Ocidente adotou uma nova forma de perceber o mundo a partir do saber religioso católico, em outros locais, o conhecimento grego se propagou e ganhou novas observações. Dalen (2011) destaca as influências do Oriente Médio na educação ocidental e afirma que muito do conhecimento grego foi traduzido e utilizado no mundo islâmico e que, posteriormente, com o mercantilismo, foi reintroduzido no Ocidente. O autor ressalta a importância de notar que não é possível acreditar, simples e puramente, em uma transmissão de conhecimento, mas numa apropriação do pensamento grego, tendo havido uma assimilação cultural dos textos traduzidos pelos árabes, além da inclusão da perspectiva de quem os traduziu e da área de interesse e entendimento do tradutor. Sendo assim, houve uma troca entre o conhecimento grego assimilado pelos islâmicos e, depois, outra transformação desse saber em apropriação pelo Ocidente durante o período da Alta Idade Média e do Renascimento.

No Ocidente contemporâneo, o corpo é biológico e definido pela medicina baseada em evidências. No entanto, para chegar a esse ponto de naturalização, a medicina teve que traçar seu caminho na abertura e na descoberta do corpo,

desvendando os seus mistérios, pois a religião católica, por séculos, proibiu a dissecação de cadáveres e retardou o progresso das descobertas científicas. Era uma questão de alma e pudor, que, eventualmente, foi perdendo seus contornos com as novas teorias que justificavam a dissecação a partir de Galeno, mas teve um freio nas teorias de Paracelso, que foram rejeitadas pelo Catolicismo, ideologia dominante.

Foi com o triunfo da Idade das Luzes que ocorreu a possibilidade da naturalização e do estudo científico como ideologia dominante. Trigo (2000) alega que “é precisamente esta concepção naturalizada do homem e do mundo, indispensável ao estudo experimental, que permite o nascimento da investigação científica.” (p. 8). Assim, a ciência como verdade, inclusive a ciência médica, começou a desvendar a natureza e os problemas do corpo. Foi o início da medicina como definidora de verdades biológicas, do corpo dominado, da biologia do corpo, de seus órgãos e sentidos, movimentos todos interligados e explicados pela ciência. Houve, dentro do saber médico, uma apropriação do direito ao corpo.

Com a Revolução Industrial, surgiu outra mudança, e o corpo entrou nos hospitais, sendo neles dominados ou, nas palavras de Foucault (1975), docilizados. Inicialmente, os hospitais eram locais de caridade, geridos pela Igreja Católica e frequentados pelos excluídos. Quando passados para gestão do Estado, transformaram-se em locais de estudos e de desenvolvimento da medicina como disciplina (Barros J. C., 2001; Rosen, 1979; Trigo, 2000). Os hospitais tornaram-se locais de observações, experimentações e concentração de informações, pois tinham como pacientes os pobres (Nuland, 2005). A medicina começou a se consolidar e a criar seus primeiros estudos empíricos, e os hospitais serviram como base para construção do conhecimento especializado. Porém, no começo, os hospitais não eram seguros, nem mesmo limpos, ou seja, não eram o melhor local para um doente. Afinal, eram conhecidos como “morredouros”, visto que as pessoas que nele entravam dificilmente saíam vivas.

O reconhecimento aconteceu no momento em que a classe médica criou sua organização e definiu os ofícios que poderiam atuar como médicos, bem como criou a distinção entre cirurgiões e médicos, em contraposição a barbeiros, parteiras e charlatões¹⁰, incitando, assim, uma campanha dos demais ofícios contra a profissão

10 Menos na França Revolucionária, onde, durante o período da Convenção, as profissões foram liberadas e pessoas com ou sem estudos e práticas puderam se registrar em um novo ofício, incluindo o de médico. O termo de reconhecimento foi generalizado para todos (médicos, cirurgiões, leigos, enfermeiros, dentistas), sendo todos classificados por Oficial de Saúde, independentemente de conhecimentos médicos

médica. Nesse contexto, o prestígio da superioridade médica e hospitalar contou com o auxílio do Estado e da mídia da época, que noticiavam ataques contra os “curandeiros”, os “charlatões”, os barbeiros e as parteiras e instituíram leis estabelecendo a medicina como a única responsável pela cura da doença. Tal fato resultou no triunfo da medicina e dos hospitais, os quais conquistaram, na sociedade ocidental, o respeito público, como locais seguros e únicos para tratar doenças e doentes. Concebemos que tenha havido uma construção e conquista da medicina, uma ciência que voltou seu estudo ao corpo. Assim, “O século XIX assiste à consolidação da prática médica: a medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos.” (Vieira E. M., 2002, p. 20).

1.4 Corpos grávidos¹¹

O século XIX consolidou a medicina obstétrica. Porém, os médicos tiveram que ganhar, primeiro, a confiança da sociedade. Rohden (2006) explica que a ideologia segundo a qual a mulher não podia ser tocada pelo sexo oposto perdurou até o século XIX, ou seja, a moral e a cultura da época impediram, por um longo período de tempo, a ascensão dos médicos na medicalização do corpo feminino, sendo mantida a ideia da moral acima da vida. O pudor impedia o tratamento do corpo feminino por médicos, e os exames ginecológicos tiveram que ser cientificamente explicados, retirando a conotação sexual de seus atos e dando a legitimidade científica de uma profissão. Quanto ao parto, Vieira E. M. (2002) destaca que,

“Embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII e XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerado como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organizar-se, enfim, ganhar legitimidade.” (p. 23).

e práticos na profissão. Essa foi uma forma de acabar com a hierarquia e também de mascarar o cirurgião (com mais conhecimento) dos médicos (ainda renegados), mas que causou um problema na inclusão de pessoas sem alguma especialização como novos Oficiais de Saúde. Logo em seguida, as profissões médica e cirurgia começaram a ter o mesmo valor e a se distinguirem entre os demais profissionais. (Crosland, 2004).

¹¹ Neste item, há trechos desenvolvidos por mim em meu trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado: Parto: tipos, formas e locais: um estudo de caso sobre a experiência do parto, para obtenção de Bacharel em Ciências Sociais, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil.

Um dos incentivos à medicalização e à hospitalização do parto ocorreu devido à influência da mídia e a propagandas, conjuntamente com os médicos, de que esses eram os mais bem preparados para execução de um parto seguro (Brenes, 2008). Em outras palavras, “A hegemonia médica na saúde foi conquistada gradativamente pela sociedade. Uma das vias foram as campanhas públicas de desgaste da imagem das parteiras, acusadas de causar danos à mãe e à criança.” (Brum, 2004, p. 34). Os ataques eram constantes, conforme apontam Brum (2004) e Vieira E. M. (2002), ao relatarem que os jornais locais da época descreviam como barbáries os casos de mortes ocasionadas por parteiras, denominadas como charlatãs. Como na teoria de Moles (1967), a influência da mídia sobre o espaço social transforma os valores culturais da época inscrita, não sendo diferente nesse caso. O parto em casa e a parteira começaram a perder espaço devido à desgastada imagem refletida pelos jornais, e os médicos e hospitais começaram a construir o mito, até hoje existente, de que parto só pode ser feito em hospitais, com médicos responsáveis.

As parteiras, por sua vez, ainda disputavam entre si, ou seja, por muito tempo, não agiram como uma unidade, enquanto os ataques dos médicos, já organizados, continuavam toda vez que alguma morte “sangrenta” era registrada e publicada nos jornais.

Aos poucos, o Estado foi tomando para si a responsabilidade de assistir a maternidade e os direitos das mulheres grávidas, o que Meyer (2009) chama de politização da maternidade: um conjunto de ações estatais, difundidas por manuais, revistas, jornais, televisão, cinema e publicidade. Um dos fortes argumentos utilizados pelos Estados brasileiro, francês e americano contra as parteiras foi acusá-las de praticar o aborto e o infanticídio, que eram proibidos por lei, o que apoiou, dessa maneira, o atendimento médico, sobretudo numa época em que o crescimento econômico estava diretamente ligado ao alto índice de natalidade. O aborto e o infanticídio passaram a ser entendidos como algo maligno, que precisava ser extinto, levando à criação de campanhas reforçadas pelo Estado, tanto da medicalização quanto da hospitalização do parto, dado que o hospital era visto como local que possibilitava um controle maior dos infanticídios.

Enquanto as parteiras eram mulheres “leigas”, no sentido de não possuírem conhecimentos científicos e treinamento para realizar algo tão importante para a nação,

o aparato médico detinha esse poder¹². Afinal, com o Iluminismo, a racionalidade e a ciência se destacaram como parte importante dessa nova vida que configura nossa sociedade até hoje. Assim como o surgimento dos Estados Nações e a necessidade de um povo para ocupar o território, o pensamento da época defendia que uma nação forte era aquela com muitos cidadãos, motivo pelo qual o crescimento da população era apoiado.

Outra mudança foi a criação da infância, considerada uma criação da modernidade, sendo que, por muito tempo, as crianças foram vistas como adultos em miniatura (Berger & Berger, 1977). Gaumer (1995) coloca que a proteção à infância começou no fim do século XVIII, na Grã-Bretanha e na França, com o intuito do crescimento populacional e da diminuição das mortes maternas e infantis, pois uma grande nação era sinônimo de riqueza estatal. No entanto, para uma mudança na saúde materna e na infantil, fez-se necessária a mudança de perspectiva do que era a criança. Nesse sentido, a invenção da infância e da criança como um ser diferenciado dos adultos foi um reflexo da situação social que esses países vivenciavam. Consideradas apenas mão de obra, as crianças passaram a ser esperança para um futuro melhor. No século XIX, surgiram as leis de proteção, tanto na Grã-Bretanha quanto na França, com educação materna, visitas a domicílio, campanhas de aleitamento materno e controle das parteiras. Esse processo resultou na medicalização da gravidez e do parto, o que deixou de ser um processo natural, tal como coloca Barros J. C. (2001):

O manejo da gravidez e do parto como se fosse uma ‘doença’ e, por isto mesmo, requerendo atenção permanente do aparato médico, é um bom exemplo de algo fisiológico que é ‘medicalizado’, bastando citar, para confirmar a assertiva, a multiplicação dos partos cesarianos, sem justificativa técnica ou a monitorização sistemática da gravidez pela ultrassonografia, mesmo em grávidas sem nenhuma história pregressa ou atual que possam vir a ser tidas como ‘risco’. (p. 77).

Sendo assim, inicialmente, como demonstra Brenes (2008), tornou-se necessário que a profissão fosse dessexualizada, injetando a visão de neutralidade e de

12 No entanto, cabe lembrar a história de Semmelweis, cuja descoberta sobre a febre puerperal foi ignorada por muitos médicos, os quais, por realizarem necropsias e partos, matavam mais mulheres que as parteiras. Semmelweis afirmou que eram as matérias pútridas dos cadáveres transportadas nas mãos dos médicos que matavam as parturientes, mas foi desacreditado por sua própria classe: a médica. Nesse caso, demonstra que há controvérsias dentro do espaço científico, sendo que somente com a descoberta de Pasteur foi reconhecida a sua teoria da febre puerperal. (Nuland, 2005).

profissionalismo. Apesar dessa mudança na profissão, não foi algo conquistado de imediato, só ocorrendo após a efetiva mudança de mentalidade de toda uma sociedade de que o corpo visto não era o feminino, mas, sim, objeto de estudos científicos de uma ciência que, nesse momento histórico, era restrito aos homens. Foi a partir dessa diferente representação e interpretação do corpo que, hoje, naturalizamos o atendimento médico.

A gravidez tornou-se medicalizada e considerada uma doença, o que, por muitos anos, levou as mulheres aos hospitais, com a justificativa de ser um local seguro para parir, permanecendo até os dias de hoje, em que o Estado ainda se responsabiliza pela saúde feminina dentro do seu período reprodutivo e prioriza ações a ela relacionadas (Coelho, 2006). Depois de anos de prática recorrente, o hospital ganhou, por meio de um discurso hegemônico, o status de ser o único local seguro para a mulher ter um filho. A aceitação social desse local foi construída com a ajuda da mídia junto à história da medicina e à da obstetrícia como especialidade, sendo, hoje, considerado um senso comum. Segundo Santos (2010, p. 56), existe um feito pós-moderno na conversão do conhecimento científico para senso comum, pois, este é “um conhecimento mistificado e mistificador (...) retórico e metafórico; não ensina, persuade.” Segundo o autor, o ato da ciência transformada em senso comum liberta, clarifica e aumenta a possibilidade do autoconhecimento. Temos o entendimento, porém, de que, ao mesmo tempo em que trabalha com o intuito exposto por Santos (2010), a ciência traz verdades únicas e elimina outras formas de saber ao persuadir antes de fazer entender, como no caso do parto hospitalar.

1.5 Corpo enquanto construção social

Na sociedade ocidental que emergia à luz da ciência, a dimensão do corpo passou a ser dada, a priori, como resultado de uma construção da natureza e da biologia. O corpo foi construído e justificado dentro do modelo biomédico, com ênfase nos aspectos biológicos. Todavia, o corpo é mais do que um conjunto de órgãos. É, também, uma construção social e possui, dependendo de cada contexto cultural, significados distintos, conforme aspectos religiosos, econômicos, políticos, educacionais, etc.

Mauss (1936) foi o primeiro a destacar o corpo como uma construção social e que, como tal, deve ser estudado em seus aspectos sociais. Nessa direção, o autor afirma que a maneira de andar, falar, gesticular, nadar e dar à luz é um valor cultural e social

que aprendemos no decorrer da vida. Vários antropólogos destacam, em seus estudos, o fenômeno de uma observação do meio em que a pessoa vive e a cópia do que vê como forma de reprodução do modelo existente. Hertz (1980) vai além e faz uma comparação entre a utilização recorrente da mão direita e, em contrapartida, a mão esquerda, na sociedade ocidental com preceitos católicos. O autor realizou um estudo demonstrando que a prevalência da mão direita sobre a mão esquerda ocorre pela coerção social, até então de uma sociedade predominantemente católica, que atribuiu todos os significados maléficos ao lado esquerdo, o que se tornou motivo para o uso exclusivo da mão direita sobre a esquerda. O estudo demonstrou a cultura agindo sobre o biológico. Além desse estudo, mas no mesmo sentido cultural da utilização da mão direita e da rejeição da mão esquerda, há o simbolismo dos mulçumanos, os quais usam a mão esquerda para as tarefas consideradas sujas, tendo a interdição de segurar alimentos com a mão esquerda devido ao significado associado.

Desde então, muito foi escrito sobre o corpo humano e suas construções. Separavich e Canesqui (2010) destacam a questão do corpo e as nuances de onde esse é observado e concluem que o corpo não é um objeto dado, de conhecimento natural e normal, mas algo que é construído subjetivamente. Pizinni (2000) alega que, enquanto seres humanos, somos “animais culturais”, pois a cultura está inserida em nosso corpo, está incorporada como algo de nossa natureza, mesmo que seja uma construção realizada socialmente. Na mesma direção, LeBreton (2006), ao estudar o corpo, tenta elucidar as lógicas sociais e culturais que envolvem o homem em seu contexto particular, sendo esse também um objeto de estudos sociológicos e antropológicos, não só físicos ou biológicos. Afirma, também, que o corpo é condicionante e condicionado à forma social e cultural em que vivemos, fazendo parte de uma realidade mutante, pois a sua interpretação e representação são modificadas com a mudança de sociedade e/ou de época histórica. Segundo Meyer (2009) e Knibiehler Y. (2007), somos seres biológicos e sociais, além de que nossa construção do que é normal pode ser baseada no biológico, sendo legitimada, porém, no social: somos sujeitos e sujeitados de nossa cultura.

No sentido exposto, a biologia e a medicina perdem o status de únicas disciplinas a estudarem o corpo e outros caminhos são encontrados para explicar a naturalização de nossos gestos, símbolos e escolhas.

1.6 O corpo feminino

Em nossa sociedade, a imagem do que é ser mulher é, a exemplo do que ocorre com o corpo, construída socialmente (Barbosa, et al., 2003). Para os mesmos autores, a medicina auxiliou esse processo:

O processo histórico de medicalização do corpo feminino traduz de modo exemplar a ideia de que existe uma natureza biológica determinante da condição feminina. É justamente por meio dessa concepção que a medicina construiu o discurso legitimado sobre o corpo das mulheres e sobre a reprodução. (p. 1613).

É uma propriedade tanto social como biológica que nos faz ser o que somos e agir como agimos em nossa sociedade. As mulheres ainda são criadas e educadas a partir da definição de seus brinquedos, roupas, comportamentos aceitáveis e distintos, juntamente com as emoções possíveis a cada gênero. Em nossos papéis sociais, como meninas ou meninos, aprendemos socialmente a nos tornarmos homens ou mulheres. Por fim, estabelecemos funções sociais que marcam a diferença entre gêneros e os papéis que esses devem desempenhar. As mulheres enraízam seu papel feminino.

Em síntese, o corpo, em uma cultura, é moldado socialmente, e as mulheres não somente foram moldadas, como também dominadas a partir da função biológica da reprodução. Como mencionado por Pizinni (2000), “La médicalisation du corps féminin est la réponse de la modernité à la nécessité du contrôle social sur l’activité reproductrice de la femme.” (p. 2).

1.7 Mudanças na apropriação do corpo

Corpos disciplinados, como afirma Foucault (1975), e que permaneceram nos hospitais até recentemente, passaram a sofrer modificação a partir do momento em que o conhecimento biomédico começou a ser questionado como único método e o hospital, como local exclusivo de tratamento. A medicina (que separou partes do corpo como forma de tratamento ao paciente e focou-se em especialidades) começa a ser repensada, e novas formas de tratamento e cura são apresentadas, usando o ambiente físico, social e psicológico, ou seja, a medicina começa a pensar no paciente como um ser biopsicossocial, além da valorização e da humanização como formas de ajuda ao tratamento e à cura.

Outras formas de cura e explicações são procuradas para males causados pela modernidade. A medicalização ou o fenômeno da medicalização, como afirma Barros J. C. (2001), trouxe a confiança nos meios técnico-científicos e a consequente extrapolação desses meios como forma de tratamento de doenças. Isso tudo só foi possível no desenvolvimento da mercantilização do produto: saúde. Porém, os questionamentos iniciaram quando esse modelo exclusivamente biomédico falhou em explicar as doenças da modernidade, como, por exemplo, os problemas psicológicos que afligem uma parcela crescente da população mundial e que resultam na busca por teorias alternativas sobre saúde, doença e uma forma holista de perceber esses processos. A visão parcial do paciente, somente focada na anatomia, fisiologia e patologia, não mais é aceita dentro do espaço que prioriza a visão integral e total como forma de tratamento e prevenção de doenças. Hoje, faz parte de políticas públicas e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Também no que tange ao parto, atualmente, retorna a discussão sobre o espaço e o empoderamento¹³ de gestantes, pois, de acordo com as regras hospitalares, a mulher perde o respeito à individualidade, e o modelo médico é marcado pela impessoalidade, distanciamento e objetividade. Começa a ser discutido o parto em um ambiente mais familiar, menos parecido com o hospital e menos frio, sendo uma campanha inversa àquela que joga o parto para o ambiente hospitalar, séptico e dividido em especialidades e locais¹⁴.

A ecologia humana realiza estudos que demonstram o ambiente social, o meio ambiente ou mesmo as habitações como possíveis responsáveis por doenças. O ambiente que rodeia o indivíduo é parte constituinte de sua vida. Essa afirmação é comprovada por pesquisas que demonstram que a humanização do atendimento médico ao paciente é positiva como tratamento e que a ideia de ter familiares junto é considerada uma forma de tratamento e encorajamento. No caso do parto, é uma das recomendações da OMS (1996) permitir a entrada do companheiro, da doula ou de outra pessoa de confiança na sala do parto, junto à parturiente.

A medicina, na sociedade ocidental, tem um papel central e, atualmente, recebe os primeiros questionamentos de sua posição como dissipadora de verdades.

13 Entendemos o empoderamento como uma forma de autonomia, informação, conhecimento, questionamento e controle das decisões tomadas.

14 No caso do nascimento, em deixar o bebê em salas separadas da parturiente.

1.8 Políticas Públicas de saúde

Como descrito anteriormente, apesar do importante papel que ocupa no Ocidente, a biomedicina começa a ser questionada, não em seus fundamentos e princípios, mas em sua prática. A doença não é apenas um processo fisiológico, mas depende de fatores do meio ambiente, do ambiente social e cultural, de condições econômicas e de trabalho. A saúde torna-se ponto central na discussão sobre doenças e novas formas de políticas públicas.

O Informe Lalonde (1974) abriu espaço para uma mudança na forma de ver a assistência à saúde, direcionando seu enfoque para outros campos, para além da medicina. Sendo assim, “Um dos desdobramentos do novo conceito de ‘campo da saúde’ foi a elevação dos elementos ‘biologia humana’, ‘meio ambiente’ e ‘estilo de vida’ ao mesmo nível de importância do ‘sistema de saúde’” (Castiel, Ferreira & Guilam, 2010, p. 32). Os autores igualmente ressaltam que a mudança foi impulsionada por questões de financiamento e assistência à saúde, pois, para o Estado, a prevenção custa menos que o tratamento. Por fim, afirmam que houve uma grande crítica sobre esse preceito de saúde que jogava a responsabilidade individual para manter e obter saúde e que, sendo assim, essa “nova” forma de ver saúde recriminava estilos de vida e comportamentos considerados de risco. As mudanças mencionadas pelos autores suscitaram reflexões e discussões que, por sua vez, levaram a OMS, em 1984, a apresentar uma nova visão sobre o entendimento da saúde, por meio do que denominou de Promoção da Saúde, numa demonstração de que há fatores coletivos que causam impacto em problemas individuais, tais como os encontrados em ambientes sociais, níveis econômicos e culturais.

A ênfase recai sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde, as quais trabalham com o bem-estar de toda população, levando em conta fatores, como qualidade de vida, e avaliando questões ambientais, sociais, culturais e psicológicas.

1.9 Saúde e medicina

A saúde, em alguns países, como Brasil, França e Portugal, torna-se central, nas políticas públicas, e universal, como direito adquirido de todo ser humano. Entretanto, na sociedade ocidental, saúde ainda tem, como sinônimo, ausência de doenças e está relacionada diretamente à ideia de medicina. Isso ocorre, em parte, pela história da

organização da classe médica, com o intuito de exercer essa autoridade no assunto, bem como pela construção social que acaba sendo criada ao redor da verdade nos meios técnico-científicos.

Camargo Jr. (2003) afirma que o médico não exerce o papel de detentor das verdades nem possui conhecimento total dos diagnósticos. O mesmo é afirmado por Avila-Pires (2008), ao discutir que a clínica conhecida e discutida por Foucault perde sua autonomia com as novas tecnologias e diagnósticos que vão além do domínio médico. No entanto, o médico ainda é considerado o agente legítimo e detentor da verdade, tendo como aliada a mídia que ajuda a disseminar as veracidades por eles apreendidas. Essas verdades, porém, são reveladas em lobbys da indústria farmacêutica, de grupos de pesquisa, de hospitais, de novas tecnologias e, até mesmo, de informações difundidas pela mídia. Como teoriza Moles (1967), essas informações disseminadas pela mídia de massa criam e recriam valores e objetivos culturais. A mídia, ao mesmo tempo em que retrata a realidade sociocultural, a inventa de forma agressiva, fazendo despontar um sistema cultural definido por determinados meios de comunicação que deliberam o que é importante e o que não deve ser divulgado, criando, a partir das informações escolhidas para serem vinculadas, os valores culturais de uma determinada sociedade e excluindo outros. Avila-Pires (2000) debate a informação que aparece, a partir da mídia, em nossa sociedade, e nela assume a forma de tramas frouxas de informações desordenadas que controlam o nosso pensamento, que vai além do aprendido na educação formal. Ainda afirma que “As definições mais comuns de saúde e doença são circulares, isto é, descreve-se uma condição como ausência da outra.” (Avila-Pires, 2000, p. 608). Sendo assim, conclui que a mídia, em sua essência, divulga várias informações desencontradas e que isso inclui notícias sobre o que é saúde e doença, cuja definição concreta não consegue ser assimilada com uma única explicação e que, segundo o autor, normalmente são explicadas por meio de um exemplo.

Ainda hoje, o termo saúde não possui definição única e, por muito tempo, no campo biomédico, foi considerado sinônimo de ausência de doença. Muito foi escrito e discutido entre os profissionais e pesquisadores em saúde sobre o conceito de saúde, e essa discussão constante resultou em melhoria no conhecimento de doenças e no tratamento de pacientes (Castiel et al., 2010). Não há, contudo, uma definição única e aceita por todos. A mais conhecida e, muitas vezes, contestada, por ser considerada insuficiente e utópica (Segre & Ferraz, 1997), é a da Organização Mundial da Saúde:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (OMS, 1948).

Desta sorte, de mera ausência de doença, a discussão sobre o conceito de saúde passou a envolver temas além do corpo e trouxe novidades, ao considerar outros elementos constituintes da saúde, como qualidade de vida, cuja avaliação é feita por meios objetivos e subjetivos, meio ambiente e condições sociais e econômicas, de etnicidade, de gênero, entre outras. Transformou-se, assim, em uma questão de direitos, de empoderamento e de humanização.

Desse modo, podemos perceber que há regras e valores vigentes envoltos em ideologias que seguimos e nas quais acreditamos. Nossa visão de ciência é construída, bem como tudo o que dela resulta. A doença é biológica, mas sua construção passa, também, por fatores sociais, assim como a forma de tratar o doente e a sua doença de acordo com sua gravidade, que pode ser explicada em termos científicos, mas é legitimada no seio da sociedade.

Avila-Pires (2000) enfatiza a importância da distinção entre doença e doente. Ambos os termos precisam do ambiente social para serem afirmados. Doença e doente são duas entidades separadas: enquanto o doente é único e individual, a doença é coletiva; o doente é o indivíduo e suas sensações e sintomas, patologias representadas em um único ser, enquanto a doença necessita do reconhecimento coletivo, ou seja, é necessário ter mais de um indivíduo com um conjunto de sintomas parecidos que induzam à conclusão de ser a mesma doença e para classificação. Nesse sentido, Avila-Pires (2000) relata: “Dificilmente um paciente apresenta todos os sintomas e sinais, e seguem um mesmo curso, daí decorrendo a expressão ‘caso de livro texto’, utilizada para classificar um caso que apresenta um grande número de características diagnósticas.” (p. 612). A doença tem vários sintomas que, juntos, são classificados e diagnosticados, quando o paciente possui a maioria dos sintomas descritos. É o caso do livro texto. Para o diagnóstico, bastam alguns dos sintomas descritos para a doença ser detectada e classificada.

Conclui-se que a mudança na postura da saúde pública de promover saúde modificou, também, a forma de perceber e entender a doença e o doente. A partir do momento em que abre espaço para outros fatores que não somente os biológicos como causadores de doenças, implicando questões relacionadas com o ambiente social e cultural, a saúde pública amplifica para uma nova forma de pensar e fazer medicina, que

sai do foco hospitalar e clínico e se inscreve em outros espaços, como o do trabalho, o da casa e o do meio ambiente, resultando em outras discussões e em diferentes formas de teorizar a promoção da saúde da população. Uma delas é a qualidade de vida, que abordamos a seguir.

CAPÍTULO 2. QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida, foco deste capítulo, o qual também se estende, especificamente, à qualidade de vida de grávidas e parturientes, é um conceito em voga, tanto nas discussões quotidianas quanto na ciência, e resultou de uma mudança na forma de entender a dicotomia saúde e doença, principalmente da área da saúde pública, cuja atenção recai, atualmente, sobre as políticas de prevenção e promoção da saúde. Para chegarmos a este ponto, houve muitas discussões, pesquisas, congressos e inclusão, na saúde, de diversas áreas de estudos. Uma delas, a Ecologia Humana, traz consigo novas formas de perceber e observar e cria conceitos e ideais novos sobre como devemos obter a saúde. De mera ausência de doença, de apenas parte de áreas médicas, hoje, a saúde envolve qualidade de vida, percepções e níveis de complexidade na interpretação de cada área a ser estudada.

A popularização do termo qualidade de vida pode ser encontrada nos jornais, nas conversas de políticos e em trabalhos acadêmicos de várias áreas de interesse (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Na academia, há uma diversidade de contradições, na tentativa de definir qualidade de vida, pois essa definição depende de quem estuda, da população estudada e do que procura medir, descobrir e definir, ou seja, não há um conceito universal de qualidade de vida, pois, além da relativização do objetivo a ser tratado como qualidade de vida, há de ser feita a relativização histórica, cultural e social do local ou do grupo em que estudamos.

Não obstante a definição de qualidade de vida mais conhecida seja a da Organização Mundial da Saúde – “a percepção do indivíduo de sua posição na vida do contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995) –, colocamos que a discussão envolve uma construção subjetiva e multidimensional, com elementos positivos e negativos (Minayo et al., 2000; Fleck, 2000). Qualidade de vida necessita envolver os aspectos biológicos, sociais e culturais, além das condições mentais e ambientais de uma população estudada.

Historicamente, o termo qualidade de vida começou a ser utilizado na época do nascimento da medicina social. A primeira preocupação dos estudos teóricos surgiu para dar subsídios a políticas públicas e aos movimentos sociais (Minayo et al., 2000). Cabe destacar os trabalhos de Engels (1845) e de Villermé (1841), que discutiram, respectivamente, a condição das classes trabalhadoras inglesa e francesa e descreveram

a situação precária em que viviam, pois a saúde do trabalhador é a primeira preocupação que subsidia a prioridade conferida à saúde com a ascensão do sistema capitalista, além do tratamento a doenças. Esses autores levam a discussão para além do contexto hospitalar e medicalizado e possibilitam a entrada e a contribuição de outras disciplinas na discussão de saúde e, conseqüentemente, na utilização do termo qualidade de vida. No entanto, foi somente com o discurso do ex-presidente norte-americano Lyndon Johnson, em 1964, que o termo qualidade de vida passou a ser publicamente reconhecido: “ (...) os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (...)” (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007, p. 14).

Desde então, o conceito e a forma de utilização da qualidade de vida vêm sendo usados e implementados. Hoje, estudos revelam que qualidade de vida é uma construção social variante no tempo, na sociedade e no espaço, mas tendo como pressuposto a busca pelo conforto e bem-estar (Minayo et al., 2000). Há três pontos centrais do relativismo dessa construção do conceito: a questão histórica, a cultural e a de estratificação. Isso porque, dependendo da época em que vivemos, o que é considerado qualidade de vida se modifica. Assim: (1) historicamente, no sentido de que gerações passadas não se preocupavam, por exemplo, com a camada de ozônio, com o aquecimento global ou a poluição; (2) culturalmente, por diferenciar-se de uma sociedade para outra; (3) e devido à existência, em uma mesma população, de diferenças sociais que relativizam o que é considerado qualidade de vida. (Minayo et al., 2000; Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

Ao mesmo tempo em que os autores supracitados afirmam haver distinção na definição de qualidade, por meio da história, da cultura e da estratificação social, remarcam a globalização e a questão de influência ocidental como modelo a ser seguido, de maneira global, nas formas de viver e de ser e da difusão de seus valores e ideias. Tais conotações resultam em definições cada vez mais próximas do que é qualidade de vida em diferentes lugares, tais como: “conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas.” (Minayo et al., 2000, p. 9).

Trigo (2000) conclui que não há como negar que a história humana está ligada a correntes ideológicas e simbólicas e que, assim como a doença, a existência da

qualidade de vida não pode ser negada, mas que é preciso entender, relativizar e contextualizar, ou seja, obter o criticismo de perceber a ideia dominante e captar as formas como os valores vigentes são colocados em nossa concepção de mundo. Os valores descritos são os difundidos no Ocidente e que muitos desejam alcançar. São, porém, valores gerais e generalizantes.

A qualidade de vida, em nossas políticas, está vinculada ao valor de democracia e de ideologia, de modo que, quanto mais democrática for uma sociedade, maior será seu índice de qualidade de vida. Entretanto, essa forma de pensar começa a receber críticas, e uma nova ideologia aparece para se contrapor: a preocupação com o meio ambiente. Bauman (2005) argumenta que, para manter os padrões de conforto e consumo atuais, o planeta não suportaria o lixo produzido. Esse autor é um dos que abre a discussão para percebermos a forma de vida que o mundo ocidental está produzindo e reproduzindo e que levanta a questão da insustentabilidade do planeta nesses moldes. Sendo assim, mesmo que, em termos gerais, a qualidade de vida permeie a ideia de conforto e bem-estar, de outro lado e em outra forma de perceber, o mundo trabalha com a preservação da natureza, pois o alcance desses valores ocidentais por todos seria impossível e insustentável. O que devemos levar em consideração, nessa crítica, é que a definição de qualidade de vida do mundo ocidental implica em forma ideal de vida. As políticas que regem o mundo ocidental e a nossa lógica capitalista necessitam de um freio e de uma nova ideologia a respeito do que é qualidade de vida em âmbito geral.

Individualmente, podemos alcançar qualidade de vida sem o consumo descrito por Bauman (2005) e podemos não a ter, devido aos problemas ambientais que nos circundam. Pensando na questão ambiental, é possível perceber que, em muitos locais, o problema induz a questões que são maiores que a capacidade de resoluções individuais e da responsabilidade individual, como a poluição sonora e a do ar das grandes cidades, que causam estresse e problemas respiratórios.

2.1 Fatores subjetivos e objetivos do conceito de qualidade de vida

Quando estudamos qualidade de vida, compreendemos que abarca várias áreas do conhecimento e que um estudo é complexo e passível de muitas críticas. Minayo et al. (2000) estabelecem que há um patamar mínimo e universal para a estimativa de qualidade de vida numa população, no qual entram as necessidades elementares, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Como

fatores negativos, a autora cita o desemprego, a exclusão social e a violência. Esses são elementos mensuráveis e, de alguma forma, passíveis de análise objetiva. É de ressaltar que os dados que os autores chamam de universais partem do pressuposto das sociedades ocidentais, nas quais os valores supracitados são os procurados e desejados.

Para avaliar a qualidade de vida, existem medidas objetivas e subjetivas. As primeiras são aquelas passíveis de quantificação e, como posto anteriormente, que proporcionam bem-estar e conforto. As subjetivas envolvem o sentimento, o pensamento e a percepção de fatores objetivos e específicos.

Há uma pluralidade de estudos e de indicadores de qualidade de vida que tentam quantificar e padronizar o conceito para que haja possibilidade de uma avaliação e implementação de mudanças que abarquem políticas públicas de saúde. Como exemplo de indicadores, temos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Quality-adjusted life year (QUALY), Disability-adjusted life year (DALY), WHO-Qualidade de vida-100 e Bref (WHOQOL-100/Bref). Para esses marcadores, há questões diferentes no que concerne à avaliação de qualidade de vida, como Gill e Feinstein (1994) destacam: “Despite the proliferation of instruments and the burgeoning theoretical literature devoted to the measurement of quality of life no unified approach has been devised for its measurement, and little agreement has been attained on that it means.” (p. 619).

A não-definição e a objetividade do que podemos chamar de qualidade de vida significam que cada área que a estuda tem seus valores e ideias quanto ao que deve ser avaliado e almejado. Há níveis de complexidade que devem ser levados em consideração para determinação de qualidade de vida. Para um médico, a ideia de qualidade de vida passa, principalmente, pela eficácia clínica, enquanto um economista visa à parte econômica e, para um ecólogo humano, a questão envolve a parte ambiental e suas influências. Já, para setores públicos, a questão será o que aflige a população. Isso é percebido durante a revisão de literatura. Todos os trabalhos que se preocupam com o nível macro, em uma população, apresentam conclusões distintas. Quando adentrarmos a questão individual, talvez encontremos ainda mais diferenças e percepções.

2.2 Qualidade de vida e alimentos

Com os avanços da ciência e o advento da modernidade, alguns costumes/tradições transformam-se e trazem novos elementos para a vida cotidiana,

assim como novas preocupações, como, por exemplo, aquelas que envolvem alimentação e saúde. Partindo do ponto de vista de que a qualidade de vida passa pelo ideal de saúde e de que a alimentação é um fator importante dentro desse universo, novas indagações surgem com a mudança alimentar e de produção.

Assim, a nova forma de produção trouxe “o uso excessivo e indiscriminado de insumos químicos de origem industrial, com o risco de um sério desgaste de recursos naturais.” (Azevedo, 2004, p. 4). O mesmo autor ainda afirma que a contaminação da água e do solo e a modificação da qualidade dos alimentos consumidos se acumulam em nossos corpos e no meio ambiente, sem sabermos as consequências futuras desses acúmulos. Azevedo (2004) igualmente trabalha com a suspeita referente aos problemas que desconhecemos, quando cita as mudanças realizadas pelas indústrias agroalimentares, as quais trabalham com a recombinação de produtos e uso de aditivos que aumentam a durabilidade do alimento, a custo, porém, da mudança na estrutura química e na biodisponibilidade de nutrientes. O mesmo é afirmado por Hernández (2005), quando discute a falta de conhecimento sobre a forma como os alimentos são conservados, estocados e transportados, assim como sobre a composição dos conservantes, dos colorantes e dos aromatizantes utilizados em muitos produtos e as consequências maléficas que podem acarretar para a saúde humana e para o meio ambiente.

O resultado de tantas mudanças traz discussões e preocupações constantes. Surgem debates sobre alimentação saudável, alimentos orgânicos, biológicos e naturais, gordura transgênica, alimentos transgênicos, gordura saturada, além de discussões sobre os problemas ambientais, como mudanças climáticas, transformação do solo, poluição d’água, do solo e do ar, chuvas ácidas, etc., que, conforme divulgações científicas e midiáticas, conduzem a uma nova ideologia e forma de perceber a alimentação e a saúde, afetando a percepção de qualidade de vida.

2.3 Qualidade de vida para as grávidas

Segundo o artigo de Davim, Silva, Gomes, Galvão e Araújo (2010), pesquisas sobre qualidade de vida não são recorrentes quando focadas em gestantes, principalmente as de baixo risco. Tendo em vista tais dados, os autores realizaram um estudo qualitativo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de

Parnamirim, Brasil. O referido estudo apontou que o perfil das gestantes consistia em mulheres de baixa renda, com baixo nível educacional, sendo a maioria dona de casa.

Os resultados encontrados na pesquisa de Davim et al. (2010) foi de uma boa qualidade de vida relacionada a itens, com ordem de importância, como: saúde, alimentação, assistência pré-natal, família, ter parceiro, moradia, sono e lazer. Quanto a influências negativas sobre uma qualidade de vida foram relacionados fatores, em ordem de importância, como: violência doméstica, trabalho excessivo, doença, dificuldade financeira, falta de moradia e poucas horas de sono. Davim et al. (2010) trouxeram dados de um estudo realizado em Estocolmo, segundo o qual a qualidade de vida para gestantes entrevistadas naquele país foi classificada por ordem de importância: “a saúde do bebê, ao parto e a possibilidade de abortar.”(p. 2) As entrevistadas realizadas pelos autores também demonstraram preocupação com a própria saúde, com questões financeiras e com o trabalho, evidenciando que fatores, como saúde, dinheiro e trabalho, são recorrentes, tanto em sua pesquisa como em outra realizada em um país distante, com melhores índices sociais e econômicos que os encontrados no Brasil.

Por fim, Davim et al. (2010) afirmam que as gestantes pesquisadas manifestaram a importância da atenção do profissional de saúde, no sentido de que é fundamental na avaliação de qualidade de vida, pois são esses profissionais que darão auxílio, segurança e conforto, sanarão dúvidas e inseguranças. Igualmente enfatizaram, segundo os autores, a importância da humanização dentro do setor público brasileiro, como forma de proporcionar qualidade de vida para gestantes.

CAPÍTULO 3. ANTROPOLOGIA E ALIMENTAÇÃO

Compõe este capítulo uma abordagem sobre antropologia e alimentação, abrangendo alimentação e nutrição, alimentação e saúde, influências alimentares e corpo e alimentação.

A sociologia e a antropologia da alimentação entram neste campo de estudos para analisar, de maneira conjunta, os fatores sociais, biológicos, ecológicos, tecnológicos, sociais, políticos, psicológicos e ideológicos de determinado grupo social (Bleil, 1998; Canesqui, 2005; Romanelli, 2006; Marques, Botelho, Franceschini, Araújo & Cotta, 2011; Maciel, 2005).

A discussão que, antes, buscava comprovar a importância da alimentação nas representações sociais de grupos específicos, transforma-se, hoje, em antropologia da nutrição e entra no campo das modificações nutricionais como forma de proporcionar melhoria de vida.

A antropologia é a primeira a reconhecer que o que comemos está ligado ao universo social e cultural, processo que se inicia na infância, durante a socialização no meio em que vivemos, levando em conta as questões econômica, social, cultural e de gênero. “O gosto e o paladar, em vez de se naturalizarem, são, portanto, cultivados no emaranhado da história, da economia, da política e da própria cultura.” (Canesqui & Garcia, 2005, p. 11). A questão cultural do consumo alimentar permeia o proibido e aceito como alimento por determinada cultura ou mesmo dentro de um grupo social, o que é influenciado pelo ambiente social e pelo status (Bleil, 1998; Poulain & Proença, 2003). O gosto é distinto e educado no meio em que vivemos, e o paladar quanto ao que apreciamos ou renegamos faz parte de um sistema cultural e social. O renegado pode ser por questão de gosto, mas também pode fazer parte da cultura e ser um tabu dentro do sistema cultural em que estamos inscritos ou ao qual desejamos pertencer, como Bleil (1998) afirma: “A escolha do alimento revela muitas vezes a que grupo se deseja pertencer, seja este social, étnico ou de idade.” (p. 3). A decisão sobre a comida consumida torna-se uma afirmação do que somos como indivíduos e de à qual grupo pertencemos, do nosso estilo de vida e de como desejamos ser reconhecidos (Maciel, 2005).

A comida é uma categoria bastante relevante através da qual as sociedades constroem representações sobre si próprias, definindo sua identidade em relação

a outras, das quais diferenciam-se nos hábitos alimentares, que constituem elementos significativos para se pensar a identidade social de seus consumidores. (Romanelli, 2006, p. 334).

A alimentação está presente em todos os ciclos de vida do ser humano e, de acordo com a faixa etária, o alimento consumido se modifica. Nos primeiros meses de vida, atualmente, o recomendado e seguido por muitos é dar apenas o leite materno, o qual, eventualmente, é gradualmente substituído por outros alimentos permitidos pela cultura local e pelas recomendações de pediatras em que se baseia a política pública nacional. Para a criança, o adolescente, o adulto e o idoso, a alimentação passa por constante mudança, preenchendo, culturalmente, a adequação no que se refere ao gênero e aos papéis sociais (Saunders & Ramalho, 2000), bem como quanto ao ritmo das refeições e aos seus locais de consumo (Poulain & Proença, 2003). Podemos ir além da diferença e considerar particularidades, na fase adulta, entre solteiro, casado, grávida e menstruada. Devemos considerar, ainda, os fatores sociais, culturais, econômicos, religiosos e históricos que distinguem a alimentação de cada grupo no interior e exterior de toda sociedade, no que se concerne ao que cada indivíduo come, à maneira como come, onde, quando, com quem e também o que não come. (Marques et al., 2011).

3.1 Transformações alimentares

O padrão alimentar ocidental modificou-se, recentemente, com as transformações ocorridas desde a década de 1950. Juntamente com a urbanização e a globalização, os modos de produção dos alimentos tornaram-se mais industrializados, acompanhando um estilo de vida mais rápido e dinâmico. Segundo Bleil (1998), essas mudanças resultam em alimentos menos satisfatórios ao paladar e em valores nutricionais. Essa transformação no padrão alimentar é encontrada em todos os locais, em sociedades desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento, tanto em extratos ricos da população como nos pobres. Os resultados detectados em países em vias de desenvolvimento são o baixo peso e a obesidade, demonstrando a contradição entre realidades resultantes da nova forma de alimentação que atinge todas as camadas sociais e, por outro lado, a falta ainda encontrada em populações de regiões mais pobres.

A mudança no modo de vida atingiu o tempo de preparo da comida e a qualidade dos alimentos, pois a falta de tempo permitiu a entrada, no mercado, de alimentos pré-cozidos, temperados e congelados (Bleil, 1998; Garcia, 2003), resultando em um novo

nicho de mercado a ser explorado pela indústria alimentícia, que vem criando, constantemente, novos sabores e hábitos alimentares. Com a entrada desses produtos, novos elementos adentraram a dieta alimentar, como os aditivos químicos, excesso de açúcar, sal e gordura. No mesmo sentido, Garcia (2003) afirma que a dieta atual também tem uma elevada densidade energética e que há uma redução dos níveis de carboidratos complexos. Bleil (1998) explica que, “Há cinquenta anos atrás seria difícil imaginar que teríamos a variedade de produtos industrializados de que dispomos hoje: comida desidratada congelada, hortigranjeiros industrializados, carne recheada de enzimas e vários produtos químicos para modificar o seu gosto”. (p. 8).

Pons (2005) descreve como a utilização do dinheiro, como meio de troca, eliminou alguns costumes de escambo, de retribuição e de socialização, além de ter reduzido a variedade do que é consumido localmente, visto que os alimentos devem ser comprados, e não coletados, e que muitos dos produtos locais não entram na classificação de mercadoria, como a pata de porco, usada na feijoada, mas que não é um produto comercializado. Muitos dos animais e vegetais locais não são vendidos e não há quem cace ou plante esses produtos locais (Hernández, 2005). Em contrapartida, há um aumento da disponibilidade dos alimentos, os quais não são mais de consumo sazonal ou restritos à coleta e à troca, o que resulta na alteração da quantidade consumida, pois não há necessidade de restrição e espera. Exemplo disso é o kiwi, que pode ser consumido em qualquer estação do ano e em qualquer lugar do mundo. Além disso, quando o homem começa a morar na cidade, ocorre uma perda do conhecimento sobre a natureza, e os saberes sobre agricultura se dissipam (Azevedo, 2004). Concomitantemente, existe uma distribuição de alimentos em escala global e uma limitação dos produtos distribuídos. A produção agroalimentar é limitada ao que fornece como alimento, não havendo diversidade no que consumimos. Azevedo (2004) discute a uniformização dos padrões alimentares na produção, ignorando a dimensão cultural em valorização dos estudos científicos e nutricionais que transformam em algo calculado e uniforme, sem considerar que essas mudanças repercutem na saúde e na qualidade de vida humana.

Outro fator da mudança nos hábitos alimentares foi a criação de redes de fast-food, o que, juntamente com a Coca-Cola, marcou a juventude de uma época e fez com que surgisse uma nova forma de consumo – o de massa –, tendo as campanhas de marketing como facilitadoras da assimilação do novo estilo de consumo alimentar. O

consumo torna-se uma maneira de afirmação identitária, e o alimento é uma forma de imposição do grupo ao qual o indivíduo pertence, sendo que o marketing se utiliza dessas afirmações sociais e culturais para criar, difundir e mudar comportamentos alimentares (Pena, Coutinho & Pépece, 2010). Ao mesmo tempo, tende a padronizar as dietas de diferentes setores da sociedade e entre culturas.

Outra transformação crescente é a dissolução dos vínculos sociais ligados à alimentação. O ato de se alimentar é realizado como algo solitário, enquanto, no passado, a refeição era feita no ambiente familiar, com todos sentados à mesa, compartilhando comida, histórias e simbolismos. Atualmente, o ato de comer pode ocorrer na rua, onde encontramos o consumidor solitário que come rápido sem socializar, às vezes em pé, sem se preocupar com o sabor ou a qualidade daquilo que ingere, ou mesmo quando dentro de casa, é realizado junto à televisão ligada e sentado no sofá, sem se importar com o que come e com o volume que ingere (Bleil, 1998). Acreditamos que podemos acrescentar o computador e o telefone celular (telemóvel) como distrações quotidianas atuais na hora de comer, especialmente em relação às crianças. A perda do vínculo de horários de comer também se verifica nessa nova forma de viver (Garcia, 2003). Lojas de fast-food ficam abertas durante todo o dia, padarias 24h surgem e toda hora torna-se momento de comer, sem que seja a hora culturalmente estabelecida como conhecemos nos formatos e horários de café da manhã (pequeno almoço), almoço e jantar. Os snacks também modificam os padrões preestabelecidos, ao serem usados para distrair a fome, substituir ou mesmo atrasar uma refeição. A desritualização das refeições é crescente dentro de nossa sociedade. (Hernández, 2005).

Um dos resultados do descaso alimentar, no que concerne ao que comemos, como comemos, onde comemos e a quantidade que comemos, é a obesidade, um problema moderno. Os excessos e o sedentarismo são os principais fatores relacionados a esse problema, que se alastra mundialmente e que atinge cerca de 30% da população dos Estados Unidos¹⁵ (Bleil, 1998). No Brasil, já é um problema de saúde pública, por atingir todos os estágios da vida. (Bueno, Gamas & Vítolo, 2011).

15 Outros problemas alimentares são relacionados à anorexia e à bulimia, discutidos por Bauman (2005) e Saccol (2009), mas que não abordamos neste trabalho.

3.2 Alimentação e nutrição

A importância da nutrição passou a ser reconhecida no início do século XIX, mas, por muito tempo, o conhecimento estabelecido pela ciência da nutrição foi utilizado de forma irregular, reduzindo-se à divulgação de listas dos nutrientes necessários para uma alimentação saudável, porém, sem fornecer quantidades e combinações de alimentos. Desde então, houve um desenvolvimento dos estudos nutricionais, o qual chega aos dias de hoje trazendo tabelas mais acessíveis, com quantidades e cálculos de calorias (Azevedo, 2008). Antes disso, muitas das políticas aplicadas fracassaram pela falta de conhecimento de outros campos que envolvem a nutrição, como a cultura, a religião, as crenças e os tabus.

Alimentação e nutrição são dois conceitos distintos. Enquanto o primeiro trata dos ritos sociais, o segundo preocupa-se com os aspectos fisiológicos da absorção de nutrientes pelo organismo. O conhecimento de ambos é necessário para a manutenção da vida e da saúde.

Romanelli (2006) faz a comparação entre o ato de se alimentar e a reprodução humana: ambos fazem parte da natureza, sendo necessidades a serem saciadas. Porém, mesmo que suas raízes sejam de natureza biológica, as ações extintivas obedecem às regras culturais que regem a maneira de se comportar em cada sociedade. Quanto à reprodução, o autor destaca a proibição descrita por Lévi-Strauss (1947), ou seja, a proibição do incesto existente em todas as sociedades. Por razões sociais, a prática do incesto é condenada com a ostracização social. A alimentação, por sua vez, envolve o que cada sociedade classifica como comida e o conjunto de regras sociais a serem seguidas de acordo com suas crenças, práticas e símbolos. Se um grupo totêmico comer o animal de seu próprio totem, seria considerado canibalismo e motivo para ser excluído de sua comunidade. Da mesma forma, para um judeu ou muçulmano, a carne de porco é considerada impura e não deve ser consumida, enquanto que, para o hindu, a vaca é um animal sagrado. Por outro lado, para muitos ocidentais, comer cachorro é um ato de crueldade, o que, para várias culturas orientais, é uma prática normal. Conforme Douglas (2012) discute, as regras alimentares servem para estabelecer e manter uma ordem, e a multiplicidade dessas regras cria a cultura. Em sua obra, comprova que nós, ocidentais, acreditamos que somos normais e o que abominamos, como alimento, vem da tradição cristã que, atualmente, nos define e constitui uma ordem quanto ao que podemos comer. (Douglas, 2012). Sendo assim,

Não comemos apenas quantidades de nutrientes e calorias para manter o funcionamento corporal em nível adequado, pois há muito tempo os antropólogos afirmam que o comer envolve seleção, escolhas, ocasiões e rituais, imbrica-se com a sociabilidade, com idéias e significados, com as interpretações de experiências e situações. Para serem comidos, ou comestíveis, os alimentos precisam ser elegíveis, preferidos, selecionados e preparados ou processados pela culinária, e tudo isso é matéria cultural. (Canesqui & Garcia, 2005, p. 9).

O campo da alimentação abre possibilidades para perceber as diferenças sociais e culturais, pois, quando se alimenta, o indivíduo representa, nesse ato, o universo em que está inscrito, o qual permeia o social, o econômico, o histórico, o ecológico, entre outros. Não nos alimentamos computando os valores nutricionais, mas obedecendo ao conceito de alimento de um determinado grupo social, ou seja, o ato de comer satisfaz necessidades biológicas, mas também as representações simbólicas e sociais (Saunders & Ramalho, 2000). Por fim, comer é ato social, enquanto nutrir-se faz parte da ciência (Bleil, 1998). Afinal, a “nutrição é uma ciência baseada na química, que trata dos processos químicos e fisiopatológicos que transformam os nutrimentos em componentes corporais.” (Vieira E. C., 2010, p. 371).

Dada a diferença entre os significados, o campo das ciências sociais e o da nutrição se encontram. Enquanto o primeiro se preocupa com as questões sociais e culturais, o segundo trabalha com a questão fisiológica. Mas, esses campos devem trabalhar juntos, pois, se a nutrição desconsiderar os fatores sociais implicados nas mudanças que deseja alcançar para melhoria da vida de indivíduos de determinados grupos, não será capaz de realizar tal transformação.

A ciência, sem o fator cultura, não contempla a possibilidade de mudanças, pois a ciência pode explicar e provar todos os fatos científicos, mas, se não for trabalhada conjuntamente com as regras locais, pouco poder de persuasão terá. A lógica popular de alimentos não se baseia nos fatores nutricionais, e sim no que a cultura define como alimento (Romanelli, 2006). A disponibilidade do alimento na natureza e a sua riqueza nutricional não são os fatores motivadores. Para ser comestível, o alimento deve permear o universo simbólico, e não apenas o nutricional. Na natureza, temos produtos que podem ser ingeridos como alimentos, mas não o são necessariamente aceitos de acordo com as nossas normas culturais. Concluimos, como Romanelli (2006), que

Não basta ter acesso ao saber científico para modificar costumes alimentares, pois eles não estão fundados tão somente na racionalidade humana. Esta certamente existe, mas convive tensamente com valores simbólicos e com os prazeres propiciados pela comida, sejam eles gustativos, psicológicos ou sociais, isto é, provenientes das relações criadas em torno das refeições. (p. 336).

Independentemente da classe social ou do ranking IDH do país, os problemas nutricionais estão presentes em todo o mundo, em parte, pela mudança ocorrida na forma de alimentar-se, na evolução da indústria alimentícia e no estilo de vida levado pelas novas gerações. Essas questões revelam a importância do conhecimento nutricional e das dietas, que, por sua vez, precisam levar em conta os fatores sociais e culturais, para subsidiarem políticas que conduzam à mudança nos comportamentos alimentares. São as disciplinas, como Nutrição, Saúde, Educação e Ecologia Humana, e as Ciências Sociais e Humanas que podem embasar as políticas públicas que tornam a promoção da saúde um facilitador de mudança social. Tais mudanças devem partir do respeito às diferenças e do conhecimento dessas diferenças. A solução não consiste em reunir ou separar disciplinas, mas em integrar as áreas de estudo para a construção de políticas viáveis e bem-sucedidas.

3.3 Alimentação e saúde

Na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o problema da fome deu lugar à obesidade e a doenças crônicas causadas pelo excesso ou pela má nutrição (Hernández, 2005). Os problemas atuais trazem à tona a ciência da nutrição como parte importante na discussão a respeito de melhorias na qualidade de vida. Assim, para Saunders e Ramalho (2000),

A má nutrição não é problema só dos pobres. Os ricos – indivíduos e países – sofrem de obesidade, doenças crônicas, hipertensão arterial, câncer, diabetes mellitus, entre outras. A má nutrição dos pobres que era caracterizada pela magreza, nanismo e menor resistência às infecções (Dutra de Oliveira et al., 1996), atualmente tem sido modificada por crescente prevalência de excesso de peso (Monteiro et al., 1995; Pereira et al., 1998). Entretanto, a carência de micronutrientes pode se manifestar independentemente das condições socioeconômicas. (p. 12).

No mesmo sentido, Garcia (2003) expõe que,

Influenciadas pelos avanços tecnológicos na indústria de alimentos e na agricultura e pela globalização da economia, as práticas alimentares contemporâneas têm sido objeto de preocupação das ciências da saúde desde que os estudos epidemiológicos passaram a sinalizar estreita relação entre a dieta – afluyente – e algumas doenças crônicas associadas à alimentação, motivo pelo qual o setor sanitário passou a intervir mudanças nos padrões alimentares. (p. 484).

A obesidade tornou-se um problema epidêmico em muitos países, e as doenças crônicas ganham em importância na preocupação quotidiana. A saúde como direito adquire contornos que levam a políticas dirigidas para mudanças nos padrões alimentares. É recorrente o consumo de elevadas quantidades energéticas, comidas pobres em nutrientes e ricas em gordura, açúcar e sal, além da inatividade física e do uso de tabaco (OMS, 2004). A OMS lançou algumas linhas diretoras quanto ao que deve ser implementado para reduzir a incidência das doenças crônicas no mundo, por meio de cuidados com a dieta, do incentivo à atividade física e da diminuição do consumo do tabaco. Respeitando as diferenças regionais e culturais e com evidências científicas, governos, ativistas, setor privado, cidadãos e a OMS devem, conjuntamente, instigar e mitigar mudanças comportamentais e empoderar como forma de conscientizar para a modificação do quadro de saúde encontrado no mundo.

Alimentos são considerados responsáveis, de acordo com a dieta, por pessoas saudáveis ou doentes. São medicamentos e também são venenos, enquanto classificados como alimentação de baixa qualidade, gordurosa e industrializada, mas fonte medicinal, quanto utilizados, com seus valores nutricionais, medicinais e farmacológicos, no auxílio à prevenção de doenças. No que tange à alimentação saudável, Vieira E. C. (2010) esclarece:

Uma boa alimentação deve conter fontes de proteínas, gorduras, carboidratos, fibras, vitaminas e sais minerais. Além disso, existem substâncias nos alimentos que não são essenciais, mas exercem função na promoção da saúde, isto é, previnem contra doenças. São os chamados fitoquímicos ou fitonutrientes. Frutas e hortaliças (verduras e legumes), além de serem fontes de vitaminas, sais minerais e fibras, são ricas nesses componentes e devem ser ingeridas fartamente. (p. 371).

Porém, a classificação de alimentos como saudáveis é questionada por Azevedo (2008):

A alimentação, comumente vinculada à promoção de saúde, também se apresenta como um fator de risco e, tanto os riscos alimentares quanto o conceito de dieta saudável mudam em diferentes contextos históricos, a partir de diferentes formas de construção social. O conceito de uma dieta saudável não cabe em nenhum consenso científico. Entretanto, percebe-se que as orientações nutricionais estão cada vez mais disseminadas e contraditórias. (p. 718).

A autora ainda afirma que a ciência da nutrição não dá conta de tanta informação desconhecida. O que antes era discutido entre pares, hoje é divulgado na mídia diretamente dos institutos de pesquisas, da indústria farmacêutica e de hospitais. O financiamento de pesquisas depende de resultados, e a atenção da mídia garante a continuidade de estudos. Mas, esses estudos são inconclusivos e, a cada nova pesquisa, novas informações, revistas e modificadas, sendo, por vezes distorcidos pelo patrocínio que recebem (Azevedo, 2008). No mesmo sentido, Pons (2005) afirma que “cabe também reconhecer que não há acordo entre os nutricionistas sobre a recomposição dietética equilibrada e o método de sua difusão.” (p. 116). Em outro estudo, Azevedo (2004) destaca pesquisas, na área da nutrição, que incentivaram a substituição do leite materno por leite em pó, de gorduras naturais por óleos de soja e gorduras hidrogenadas, resoluções decorrentes dos excedentes de produção e do financiamento de indústrias de alimento focadas na área da saúde e que, atualmente, trazem à tona o uso da soja como benéfica.

Podemos concluir que não é somente por uma via que a saúde é construída. Alimentação saudável é um termo subjetivo. Acreditamos que, como recomendado pela OMS (2004), deve ser associada a exercícios físicos, a ambientes sociais e físicos saudáveis, bem como a ambientes psicológicos positivos. A saúde faz parte de um universo maior do que o da nutrição e de seus conceitos científicos. Essa última afirmação é corroborada pela OMS (2004), ao destacar a atividade física como fator importante na prevenção de problemas de saúde.

3.4 Influências alimentares

Canesqui (2005) reconhece haver uma associação entre saberes tradicionais e saberes médicos, difundida pela mídia. As regras alimentares são múltiplas e abarcam

normas mediadas pela cultura, história e religião, como também por mitos, saberes populares e científicos agindo conjuntamente. As medidas socio sanitárias e medicalizadas permeiam a cultura ocidental. Essa cultura, porém, não é a única detentora de saber e de conhecimentos que podem causar mudanças no padrão alimentar de um determinado grupo ou sociedade. Sendo assim, vale a pena ressaltar que a ciência não deve esquecer ou negar o conhecimento popular, pois

A proibição ou a prescrição de alimentos, segundo a teoria popular, repousam numa certa observação e experimentação, de maneira que, apesar de se diferenciarem dos modelos científicos oficiais, não devem ser consideradas irracionais ou desprovidas de uma lógica e/ou de uma consistência interna, mas principalmente devem ser captadas pela riqueza que contêm. (Pimentel & Cravo, 2005, p. 67).

Conhecer o empirismo social das práticas alimentares de uma sociedade pode levar à possibilidade de mudanças de comportamento. Pons (2005) destaca outros elementos causadores de transformações alimentares: a imigração, o marketing, a influência de organismos internacionais em casos de ajuda humanitária, as mudanças de tecnologia e produção do alimento, as políticas de subvenção de alimentos e produtos, as medidas socio sanitárias, entre outras.

A alimentação também perpassa pela classe social. Um exemplo dado por Bleil (1998) é o consumo de carne no mundo, que aumentou nos últimos 40 anos. A carne vermelha é, para muitos, símbolo de riqueza, e o consumo desse produto cresceu, em vários países, devido ao modelo exportado dos Estados Unidos. Enquanto o consumo da carne aumentou no mundo e nas classes mais baixas, diminuiu entre as classes altas, em virtude das provas científicas dos possíveis malefícios causados por esse tipo de alimento. Para Garcia (2003), o marketing científico influencia a cultura alimentar da atualidade. A propaganda vinculada ao cientificismo ganha espaço e influencia o consumo de determinados produtos alimentares. A força do marketing faz com que quem tem recursos compre os produtos da moda, enquanto os que não possuem almejem tais produtos. A autora coloca que, mesmo com as mudanças de hábitos alimentares, essas mudanças não são totais nem excluem os alimentos tradicionais da mesa de uma determinada sociedade. O consumo de arroz e feijão caiu no Brasil, mas não desapareceu nem desaparecerá. A globalização traz novos sabores e culturas, os quais entram no espaço alimentar como prato exótico e com o tempero local (Garcia,

2003). É o fenómeno da cozinha industrial, que introduziu várias culturas alimentares em diversos países. Às vezes, até coabitam, lado a lado, em praças de alimentação ou nas ruas. A mesa do brasileiro vem mudando, como aponta a pesquisa de Schlindwein e Kassouf (2007):

Verificou-se uma significativa mudança nos padrões de consumo alimentar da população brasileira ao longo dos últimos anos. Houve uma redução na aquisição domiciliar per capita de feijão, arroz, batata, carnes e farinha de trigo, que fazem parte de uma cesta de alimentos bastante popular nos lares brasileiros, e um aumento na aquisição de alimentos prontos ou semiprontos, pães, iogurtes, refrigerantes e sucos, e alimentação fora de casa. (p. 458).

Outra influência são as ressignificações do alimento. A feijoada, no Brasil, é reconhecida como prato nacional. Mas, nem sempre foi assim. A feijoada era feita pelas classes baixas brasileiras com as sobras do porco (pata, orelha, flocinho, entre outras menos nobres). Hoje, é reconhecida como prato nacional e é consumida por todas as classes sociais. Entretanto, é feita com as partes nobres do porco, e não com as sobras, como acontecia antigamente. (Bleil, 1998). Outro exemplo é a entrada do sushi no mundo ocidental. Na tradição japonesa, sushi é um prato para ocasiões especiais, envolto em simbolismos, regras e significados sociais. Quando entra no mundo ocidental, torna-se comida quotidiana a ser consumida a qualquer hora, sem cerimoniais.

3.5 Corpo e alimentação

Bleil (1998) destaca o desaparecimento de legumes, como prato principal, em uma época em que a magreza e a preocupação com a saúde estão presentes. Os legumes entram apenas como acompanhamentos, mas, como prato principal, tornam-se exclusivos para pessoas com alimentação restrita: os vegetarianos. O consumo de carne aumentou no mundo, com exceções, como exposto anteriormente, e, com isso, os legumes se transformam em acompanhamentos.

A nossa sociedade valoriza o corpo esbelto, mas não deixa tempo ou opção para nos alimentarmos corretamente. Vivemos tentados a consumir o que é tido como gostoso, o apreciado pela cultura, e preocupados com a saúde, o que, muitas vezes, leva à dicotomia de consumir os alimentos entendidos como saudáveis ou os que agradam ao paladar. Além da saúde, o que importa é manter o corpo em forma. “Sabemos que os

alimentos gordurosos devem ser evitados não só para impedir doenças arterioscleróticas, mas também para atender a padrões estéticos que valorizam o corpo magro e atlético.” (Pimentel & Cravo, 2005, p. 63).

Bauman (2005) declara que há dois tipos de livros que estão sempre na lista dos dez mais vendidos nos Estados Unidos. O primeiro é composto pelos livros gourmet, com receitas incrementadas, e o segundo, pelos livros de dietas. O autor destaca a importância do corpo consumista que visa ao seu bem-estar acima da saúde, sendo a gordura corporal o maior temor dos indivíduos da sociedade líquida¹⁶, onde a boa forma é o ideal. Essa, porém, para Bauman (2005), nunca poderá ser alcançada, pois o indivíduo sempre está insatisfeito, desejando-a mais, bem como procurando melhorá-la. O corpo está em destaque como forma de identidade, devendo ser valorizado, e a saúde, no entanto, muitas vezes, é esquecida em detrimento do corpo esbelto. O autor afirma que, atualmente, a alegria e o horror de ingerir o que desejamos andam sempre juntos.

Outro problema é que não sabemos ao certo o que comemos, se são alimentos insaturados ou saturados, naturais, hidrogenados, entre outros (Bauman, 2005). Hernández (2005) esclarece que desconhecemos a conservação e o transporte do que consumimos, assim como o uso de conservantes, colorantes e aromatizantes e que não sabemos quais serão as consequências desses consumos involuntários.

Para Lipovetsky (1994), o ideal de longevidade faz com que nos preocupemos com nossa saúde e com o que comemos. A alimentação saudável, a perda de peso, o controle do colesterol, parar de fumar e se exercitar fazem parte da mudança de estilos de vida hedonista para quem procura viver mais. Um desejo individual e controlador das atitudes do agora com ideal de conservação para o que virá. Porém, acreditamos que esse tipo de indivíduo descrito por Bauman (2005) e Lipovetsky (1994) faça parte integrante de determinados países e de classe social específica, que tem, de acordo com o ideal desejado, a capacidade de transformação, ação e mudança em seu estilo de vida. Todos desejam viver mais, consumir alimentos saudáveis e ter corpos esbeltos, mas as condições financeiras constituem, em alguns casos, fator de impedimento, pois é preciso tempo, dinheiro e conhecimento para realizar mudanças.

No sentido apontado, Monteiro, Mondini e Costa (2000) argumentam que o declínio da obesidade em mulheres, no Brasil, ocorreu nas regiões mais favorecidas,

¹⁶ Definição da nova forma de viver da sociedade ocidental, o mundo líquido funciona de forma fluida, sem preocupações e certezas, em contraposição ao anterior, classificado pelo autor como mundo sólido.

estando restrita ao estrato social de maior renda. O desejo do corpo ideal é imaginado por muitos, mas há diversos fatores que influenciam a possibilidade de mudança, não só económicos, mas de conhecimento, social, cultural e ecológico.

3.6 Alimentos orgânicos, biológicos e naturais

Azevedo (2009) destaca que o consumidor brasileiro começa a se preocupar e procurar os alimentos mais saudáveis: os alimentos orgânicos. Mas, o que são eles?

Segundo a autora, existem distinções teóricas entre agricultura natural, biológica, orgânica, entre outras não discutidas neste trabalho. A natural surgiu no Japão e tem, como princípios, a não-utilização de produtos químicos, rotação de cultura e o não fazer, ou seja, deixar a natureza agir sobre o solo. A biológica, por sua vez, começou na Suíça e trabalha com a autonomia do agricultor, proteção ambiental e não-utilização de alimentos químicos. Por fim, a orgânica teve seu início na Inglaterra e foca o uso de fertilizantes de materiais orgânicos. Todavia, o processo de definição perante as normas de venda acaba sendo igual, como, no caso do Brasil, em que todas as correntes adentram a lei dos orgânicos. Segundo Azevedo (2009), “A Agricultura Orgânica teve a sua primeira legislação aprovada em 2003, através da Lei 10.831 e foi recentemente regulamentada pelo Decreto 6.323/07.”(p.1).

A autora igualmente esclarece que os objetivos comuns dessas correntes encontram-se assim especificadas no referido Decreto: “(...) a auto-sustentação da propriedade agrícola no tempo e no espaço, a minimização da dependência de energias não renováveis na produção, a oferta de produtos saudáveis e de elevado valor nutricional e a preservação da saúde ambiental e humana.” (Azevedo, 2009, p. 3)

Ainda conforme Azevedo (2009),

os objetivos de ‘maximizar os benefícios sociais para o agricultor e respeitar sua integridade cultural’ estão igualmente previstos na legislação brasileira e as diferentes correntes consideram tais propósitos. Queremos acreditar que uma verdadeira Agricultura Orgânica persiga tais objetivos expostos na legislação e considere questões como o salário justo do agricultor, seu bem-estar na propriedade, o trabalho escravo e infantil. (p. 3).

Por fim, a autora conclui que, no Brasil, todo biológico e natural é orgânico e que, porém, o contrário não pode ser dito. Azevedo (2009) complementa que existem

muitos detalhes a serem discutidos e que os leigos necessitam de mais informações para saber o que estão comprando e qual preceito ecológico estão apoiando ao consumir determinado produto. Em outras palavras, segundo a autora, precisam entender, por exemplo, se o que consomem provém de uma agricultura familiar, da agroecologia, da permacultura ou da corrente natural. Azevedo (2009) afirma, também, que é necessário acrescentar às discussões os outros processos envolvidos na produção de um produto orgânico, pois, atualmente, no Brasil, o fato de não usar produtos químicos classifica o produto, muitas vezes, como orgânico, ou seja, a lei abarca elementos que, nos critérios de venda, não são observados. Ainda para a autora, existem outros assuntos que ainda não são discutidos, entre os quais cita: o local, explicando, por exemplo, que a pegada ecológica de um suco de kiwi que viajou da Nova Zelândia ao Brasil e um leite produzido localmente têm o mesmo valor de orgânico; a questão de quem produz, ou seja, se são grandes conglomerados interessadas no novo nicho de mercado ou permanece na agricultura familiar, empoderando esses produtores; e a forma como esses produtos são tratados no refinamento, no enlatamento e na esterilização, bem como o tratamento oferecido ao animal. Enfim, Azevedo (2009) esclarece que o processo não deve ser visto apenas no campo, mas também em todo o seu desenvolvimento, até a distribuição. Nesse sentido, alega que consumidores que desconhecem esses fatores podem acreditar que estejam comprando um produto orgânico, em virtude do modo como são expostos nas prateleiras.

Os aspectos abordados por Azevedo (2009) interessam a esta pesquisa, pois estão relacionados à qualidade de vida no que se refere à alimentação e nutrição no período gestacional, que é o foco de nossa atenção no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 4. GESTAÇÃO

Neste capítulo, enfocamos a gestação, relacionando-a à alimentação e à nutrição. Igualmente, discorreremos sobre fatores psicológicos, fatores sociais e responsabilidades femininas que permeiam esse período.

A gestação é um processo natural, com duração de 38 a 40 semanas, que, por anos, foi medicalizado e, atualmente, retorna ao ideal de natural. No entanto, ainda demanda acompanhamento médico e acarreta mudanças de hábitos. Na gravidez, as mudanças fisiológicas são visíveis no decorrer das semanas. Assim como acontece com o corpo, há mudanças na posição social durante e depois da gravidez. Na sociedade ocidental, a gestante tem um espaço privilegiado dentro do ambiente social e de políticas públicas, que continua após se tornar mãe (Coelho, 2006).

LeBreton (2006) discute a invisibilidade de corpos, como essa forma de desaparecimento do corpo é importante em nossa sociedade e que o contrário se torna uma anomalia e causa desconforto para todos, pois um corpo que chama atenção é corpo considerado defeituoso. Porém, no caso da gravidez, ocorre o inverso, e a barriga, mesmo visível, é aceita e celebrada no meio social¹⁷. Mesmo havendo uma mudança no corpo e uma diferença visível entre os outros corpos, não há necessidade de serem escondidos ou disfarçados, quando possível. Torna-se parte pública, pois todos têm algo a dizer sobre os cuidados e as interdições dessa fase que a mulher atravessa. No Ocidente, o Estado assumiu a responsabilidade pelas gestantes após a Revolução Industrial e, desde então, passou a adotar providências e disposições para controle e melhorias nas condições da gestação. Muitas vezes, as resoluções partem de indicações da OMS, que mantém um setor de estudos sobre gravidez e infância.

O processo de humanização e retomada do parto normal como prioridade levanta outras questões de saúde (OMS, 1996), sendo a prevenção e a promoção da saúde destacadas junto às muitas recomendações e aos cursos oferecidos para gestantes. Apesar de não ser uma doença, há várias recomendações de órgãos internacionais que são seguidos pelos Estados ocidentais em relação ao cuidado da gestante. No Brasil, questões que envolvem a gestante, como qualidade de vida, alimentação, nutrição, pré-natal, atividades físicas, proibições e recomendações, são priorizadas. Muitos fatores

¹⁷ Consideramos que, por ser uma condição temporária, permita essa mudança de perspectiva. Diferente do demonstrado por LeBreton (2006), o corpo grávido tem status positivo na sociedade ocidental.

ainda estão interligados com a medicina, mas comportam o recurso a outras disciplinas, fora do contexto biológico.

4.1 Alimentação e nutrição na gravidez

Cada sociedade tem suas crenças, mitos, práticas, valores culturais e sociais sobre a gestação, o parto e a alimentação da parturiente e do bebê (Marques et al., 2011). As mudanças, nos tipos e processos de cuidar da parturiente e do bebê, são variadas e vão desde o local do parto até as categorias de profissionais que os atendem. Existem proibições e conhecimentos sobre os alimentos que podem ser consumidos durante a gravidez (Baião & Deslandes, 2006). Esses conhecimentos surgem de saberes populares, religiosos ou científicos, os quais assumem dimensões culturais e sociais, e de informações que permeiam e instigam gestantes durante esse período de suas vidas.

Um dos mitos populares, no Brasil, é que a mulher precisa comer por dois. (Witt, 1971). Porém, comer o quê? O comer por dois não inclui regras sobre os alimentos a serem ingeridos, e a escolha fica a critério dos conhecimentos culturais e sociais da gestante. Tendo essa afirmação comprovada em seu estudo, Witt (1971) destaca que há algumas interdições populares e que as mais comuns são a proibição de comer peixes reimosos¹⁸ e carne de porco, entre outras, que diferem e se diluem nas regionalidades. O importante a destacar, nessas proibições, é a valorização dos estudos nutricionais e a aplicação de políticas públicas que entendam e abarquem a cultura local, pois, sem o respeito a essa valorização e o entendimento dessas culturas, muitos programas falharam. A mulher seguirá, por diversas razões, o que acredita ser melhor para o bebê, embora isso, muitas vezes, não atinja o ideal nutricional. (Baião & Deslandes, 2006).

Nessa fase da vida, a mulher procura tomar mais cuidado com seu corpo e alimentação (Azevedo, 2004). A gestação é um processo de mudanças corporais e também nutricionais. O corpo exige mais nutrientes, como proteínas, carboidratos e lipídios (Belarmino, Moura, Oliveira & Freitas, 2009). Segundo Fowles, Bryant, Kim e Timmerman (2010), no primeiro trimestre da gravidez, é essencial o cuidado com a dieta específica, pois há pesquisas que correlacionam a má alimentação a problemas futuros no parto e ao desenvolvimento do feto. Os primeiros meses são importantes para

¹⁸A classificação do que é reimoso não é única e tem várias definições no universo de cada região do Brasil. (Canesqui, 2007).

o desenvolvimento da placenta, e é fundamental que os nutrientes estejam em equilíbrio. A OMS (2004) destaca a importância da saúde materna antes, durante e depois da gestação, como forma de prevenção de problemas futuros para o bebê em seu desenvolvimento durante a vida e alerta para o ideal do leite materno como alimento único nos primeiros seis meses de vida. Nessa mesma direção, Belarmino et al. (2009) apontam, como resultados de estudos experimentais e clínicos no Brasil, sobre a influência da nutrição materna antes, durante e depois da gestação, que a alimentação pode influenciar, positiva ou negativamente, o desenvolvimento do feto e do bebê.

Estudos científicos demonstram que o baixo peso da gestante afeta a saúde e os resultados do parto. O contrário também ocorre: o excesso de peso traz problemas para a gestante e o bebê. Esse último é comum em países, como o Brasil, a Inglaterra e os Estados Unidos, onde as mulheres em idade fértil, antes de engravidarem, estão acima do peso ideal e continuam a ganhar peso durante a gestação. O ganho de peso durante a gestação, muitas vezes, não é perdido após o nascimento do bebê. (Bueno et al., 2011).

Há vários fatores que influenciam a dieta feminina na gestação, como a idade e a situação econômica, escolar, cultural e religiosa. As modificações da dieta, nesse período da vida feminina, são remarcadas, tanto na cultura popular como dentro da ciência, e constituem fatores importantes na proteção da gestante e do feto. (Baião & Deslandes, 2010).

Problemas nutricionais são encontrados, principalmente em gestantes adolescentes com o corpo em desenvolvimento, pela influência dos nutrientes ingeridos e do feto. Em comparação a gestantes adultas, crescem as opções dietéticas adotadas pelas jovens, com mais gorduras, açúcares, sal e em fast-foods. A preocupação com o corpo é destacada nos estudos sobre adolescentes, mas também é vista em mulheres adultas, que, às vezes, de forma radical, excluem alguns alimentos da dieta. (Baião & Deslandes, 2006; Baião & Deslandes, 2010; Barros, Pereira, Gama & Leal, 2004; Belarmino et al., 2009).

Fatores socioeconômicos afetam, igualmente, a nutrição gestacional de muitas mulheres, sendo a renda familiar limitadora do consumo de alimentos saudáveis, em famílias com rendimentos mais baixos. Como destacado por Fowles et al. (2010), a probabilidade de a gestante consumir alimentos com baixos valores nutricionais aumenta devido aos preços mais baixos desses alimentos em comparação aos dos saudáveis. O mesmo foi detectado no estudo qualitativo de Rhoads-Baeza e Reis

(2010), que pesquisaram 48 mulheres hispânicas residentes nos Estados Unidos. Nesse estudo, foi constatado que as mudanças alimentares propostas pelas clínicas foram consideradas difíceis de serem realizadas, em decorrência de a mudança da dieta da gestante também afetar a dieta familiar e do fato de o consumo de frutas e vegetais pesar no orçamento familiar. Porém, houve gestantes que aumentaram o consumo de frutas e vegetais no decorrer da gravidez.

Outro fator que implica na deficiência de nutrientes é a hierarquia no espaço alimentar familiar popular. A prioridade é dada aos homens, que preferem alimentos que produzem a energia necessária ao trabalho físico; depois, vêm os filhos; e, por último, vem a mulher, estando grávida ou não (Baião & Deslandes, 2006; Canesqui, 1988).

O fast-food também se torna um problema, se consumido com frequência, como apontam Fowles et al. (2010), que discutem, em sua pesquisa, a facilidade e o preço baixo nesses locais, os quais criam um ciclo vicioso no consumo desses produtos. Em geral, são alimentos com excesso de gordura saturada e sódio, com poucas fibras, pouco cálcio e ferro e ausência de outros nutrientes essenciais durante a gestação. Os mesmos autores também afirmam que, apesar de o estudo ser voltado às pessoas de baixa renda, há evidência de que, independentemente da renda, muitas gestantes consomem esse tipo de alimento pela facilidade de acesso, localização e gosto. Os autores sugerem que “Eating at fast-food restaurants is an environmental factor that contributes to obesity and poor dietary quality”. (Fowles et al., 2010, p. 631). Sendo assim, a questão de problemas nutricionais adentra a barreira econômica.

Baião e Deslandes (2006) mencionam que, em locais, como o Brasil, ainda há duas realidades – o baixo peso e a obesidade – e que, em ambos os casos, podemos encontrar problemas de carência de micronutrientes. Complementam que não é a riqueza e o acesso à comida que trazem a melhoria na dieta nutricional de uma população, mas é a mudança de hábitos alimentares que acarreta benefícios ou malefícios. De maneira geral, a frequência de problemas nutricionais devido à obesidade ou ao baixo peso aflige as camadas mais pobres e menos educadas da população. Em estudo realizado em unidades de saúde pública brasileira como, por exemplo, no Sistema Único de Saúde (SUS), em sete capitais do Brasil, Nucci et al. (2001) revelam ter encontrado o problema de baixo peso em capitais com menor renda e o de obesidade em locais mais industrializados e em mulheres com nível escolar mais

baixo. Na pesquisa nacional com dados do programa do orçamento familiar, Schlindwein e Kassouf (2007) afirmam que o envolvimento da mulher no mercado de trabalho foi um dos fatores das mudanças alimentares e que as mulheres trabalhadoras, independentemente da renda, utilizam mais alimentos poupadores de tempo, como alimentos pré-preparados e prontos, ou, então, comem fora de casa, e o consumo desses aumenta de acordo com a renda. Nesse caso, os autores relatam a mudança, em âmbito nacional, do comportamento alimentar dentro de casa.

As construções sociais sobre alguns alimentos ganham destaque no estudo de Baião e Deslandes (2006), segundo os quais, em alguns casos, o problema nutricional é causado pelas proibições, pelos tabus e pelas interdições feitas pelo conhecimento popular, com o intuito de não causar mal ao bebê. Os alimentos considerados fortes e perigosos, como alguns legumes, frutas, ovos, peixes e carnes, entre outros, são excluídos da dieta. Em alguns lugares do Brasil, esses valores culturais e simbólicos assumem importância maior do que as recomendações científicas, levando a uma dieta alimentar deficiente e, às vezes, monótona, dependendo da escassez de alimentos. Isso, porém, não representa desinformação e, muito menos, ignorância. O conhecimento científico é apontado como mais um a ser adicionado e ressignificado nesses locais, pois os programas de nutrição para gestantes, em tais localidades, devem abarcar o saber local e trabalhar de forma conjunta, visando à melhoria da alimentação local e dando um novo significado à alimentação e à nutrição.

4.2 Ciência e fatores psicológicos e sociais

Estudos demonstram que a gestação é um período em que as mulheres desejam se manter saudáveis e estão dispostas a mudanças pela saúde do bebê (Rhoads-Baeza & Reis, 2010). A pressão e a coerção social sobre a gestação também são fatores motivadores de mudança. Para muitas gestantes, o parar de fumar é condicionado pela pressão social e também pela preocupação com o feto (McCurry, Thompson, Parahoo, O'Doherty, & Doherty, 2002). Em sua pesquisa, Baião e Deslandes (2010) apontam que a inclusão de alimentos na dieta foi feita voluntariamente pelas gestantes ou obrigadas pela mãe, companheiro ou nutricionista. Outras mulheres afirmaram que as restrições são as de cigarro, álcool e drogas e, ainda, outras relataram que dependiam do que o médico “mandasse”.

A ciência traz novos elementos de pesquisas e resultados, e muito do que conhecemos e concebemos como verdade científica precisa de tempo para adentrar o senso comum, a fim de que possamos assimilar e ter a autoridade de opinião sobre o assunto ou, no caso da gestação, sobre o que deve ser evitado de qualquer maneira, como ocorre atualmente com o cigarro e o álcool. O uso de drogas, tabaco e bebidas alcoólicas é reconhecido e citado como prejudicial, não restando a possibilidade de dúvida. Há vários estudos que indicam problemas relacionados ao consumo de tabaco e álcool como: o riscos de aborto, placenta prévia, ruptura prematura das membranas, nascimento prematuro, deficiências cognitivas no conceito e baixo peso ao nascer, entre outros. (Fontanella & Secco, 2012; Freire, Padilha, & Saunders, 2009; Silva, Quevedo, Silva, Oliveira, & Pinheiro, 2010; Ribeiro, et al., 2007).

O estudo de Freire et al. (2009) indica a prevalência do uso das substâncias mencionadas em mulheres atendidas pela rede pública de saúde e que, em sua maioria, essas mulheres possuem um nível de escolaridade, social e econômico mais baixo. Os autores identificaram que o “uso de álcool entre gestantes atendidas no serviço público (...) é associado ao hábito de fumar e ao uso de drogas ilícitas, em mulheres de baixa escolaridade, solteiras, com mais de 30 anos e que possuam apoio social inadequado.” (p. 339).

A afirmação desses autores igualmente é corroborada pelo estudo de Ribeiro et al. (2007): “In Brazilian studies, among the factors that have been related to smoking during pregnancy particularly important are low schooling, multiparity, the consumption of alcoholic drinks, a smoking companion, low income, and absence of prenatal care.” (p. 1204).

O conceito de proibição e a conscientização ao uso e abuso de drogas lícitas ou ilícitas parecem ser algo distante, mas ainda são discutidos, constituindo-se em um fator importante e trabalhado em campanhas de ações afirmativas durante o pré-natal das gestantes brasileiras, principalmente nos setores mais desfavorecidos da sociedade.

A discussão sobre os malefícios e as proibições do fumo e da bebida alcoólica é recente, pois esses tópicos começaram a ser discutidos em revistas científicas na década de 1980, se tornando, a partir daí, lobby da medicina, motivo de campanhas públicas para o entendimento da população, o que resultou na mudança de hábitos. Destacamos um artigo da década de 1980 (Olsen, Rrische, Poulsen & Kirchheiner, 1989), que aborda uma pesquisa realizada entre os anos de 1985 e 1987, na Dinamarca, explicando

os danos causados pelo cigarro e pela bebida, o que, na época, não era muito disseminado na população daquele país. O programa descrito na referida pesquisa chamava-se “Healthy habits for two” e demonstrava a relação entre o consumo de tabaco e álcool materno e o efeito no feto.

Até os dias de hoje, há estudos que demonstram a correlação entre problemas de saúde materna e fetal e o consumo de tais substâncias. Esse conhecimento atingiu o senso comum e traz o estigma e a coerção aos que adotam tais condutas, e as gestantes, por medo da desaprovação social e de profissionais de saúde, omitem o uso de substâncias prejudiciais ao feto. Assim, “Gestantes geralmente são cientes de que o uso de álcool é danoso ao feto, e tendem a omitir o uso de bebida alcoólica por receio de serem desaprovadas tanto pela sociedade quanto pelos serviços de saúde.” (Silva et al., 2010, p. 867).

No que se refere à cafeína, estudos apontam a restrição ao seu uso durante a gestação, e não a omissão, como ocorre com o tabaco e o álcool. Uma das restrições apontadas consiste em limitar, de 200mg até 300mg, o consumo total diário da cafeína, o que cria uma correlação entre a ingestão dessa substância e o baixo peso do bebê ao nascer e parto prematuro. Contudo, a cafeína (metilxantina) existe em diversos alimentos e produtos, que vão além do café. Pacheco, Barreiros, Santos e Kac (2007) evidenciam que existem mais de 60 espécies de plantas que possuem o composto da cafeína, além do guaraná, Coca-Cola, cacau, chocolate, chás, mate e também medicamentos.

Pensando no consumo de cafeína, além do café, Pacheco et al., (2007) realizaram uma revisão da literatura sobre os efeitos da cafeína durante a gestação. Os resultados encontrados os surpreenderam, pois concluíram que a maioria dos estudos que trabalha com os malefícios da cafeína apresenta alguma falha metodológica e que os estudos mais recentes demonstram que não há uma correlação comprovada entre o consumo de cafeína e o baixo peso ou prematuridade. Os autores afirmam, também, que ainda há dúvidas na comunidade científica sobre os malefícios da cafeína durante a gestação. Enquanto a literatura começa a questionar os malefícios, o senso comum ainda a condena e exige a diminuição durante a gestação.

O contrário é visto com relação a alguns tipos de chás que permeiam a tradição, por serem considerados abortivos. Estudos relatam a efetividade de alguns tipos de chás, ao mesmo tempo em que ratificam a necessidade de cuidado ao consumi-los

durante a gestação. Mentz, Schenkel e Mengue (2001), por exemplo, alertam que as plantas, por serem naturais, não são sinônimo de inofensivas. Os autores afirmam, também, que plantas, como arruda, boldo, bucha, cipó-mil-homens, losna, melão-de-são-caetano e poejo, utilizadas popularmente como abortivas, possuem a eficácia comprovada por estudos com animais, o que ratifica alguma efetividade ao efeito abortivo dessas plantas.

Outro aspecto apontado por pesquisa, no que tange à alimentação e nutrição é que a ansiedade, o estresse e a depressão perpassam a vontade de se manter saudável. Sob essa ótica, muitas vezes, não é a fome, mas a resposta para emoções negativas que leva ao consumo de alimentos pobres em nutrientes e de outras substâncias. (Fowles et al., 2010; Pena et al., 2010). Nessa direção, encontramos, no estudo qualitativo de Baião e Deslandes (2010), proibições, bem como que, em situações de crise e agonia, o café puro e o cigarro são recursos utilizados para acalmar. Pena et al. (2010) acrescentam o descontrole de dietas na gestação, pois, nesse período, há uma justificativa de mulheres que passam a vida em dietas alimentares para controle de peso comerem sem culpa e saírem das dietas habituais.

Rhoads-Baeza e Reis (2010), por sua vez, indicam dois elementos que envolvem aspectos culturais: o primeiro é a forma de preparo dos alimentos, com muito óleo vegetal, e o segundo, o alto consumo de tortilhas, havendo, entretanto, uma recomendação para reduzir seu consumo, a qual não foi seguida pela maioria das entrevistadas. Por fim, revelam que, apesar de desejaram se manter saudáveis na gestação, as entrevistadas acreditam que o desenvolvimento do diabetes gestacional faz parte do destino e que não está relacionado aos cuidados com a alimentação. (Rhoads-Baeza & Reis, 2010).

Para Canesqui (2007), “O ato de alimentar gera estruturas de crenças e representações que não se desfazem com os progressos da ciência e com ela convivem” (p. 204), ou seja, muitos dos conhecimentos científicos são modificados dentro do espaço social e se adaptam às realidades locais, como no caso da crença de a diabetes ser destino, e não ciência, mas suscitando um cuidado alimentar das gestantes. O contrário também acontece, conforme apontam Baião e Deslandes (2010), ratificando que o café, mesmo mudando seus status de maléfico, ainda é reconhecido popularmente como alimento proibido.

4.3 Responsabilidades femininas no período da gestação¹⁹

O cuidado com o corpo durante a gestação vem sendo estudado devido à preocupação com a nova vida que surge e à responsabilidade da futura mãe. Coelho (2006), em seu artigo, destaca a valorização do papel do Estado brasileiro na questão da idade reprodutiva feminina e dos programas voltados à gravidez. Critica a forma pela qual o Estado realiza suas campanhas, responsabilizando, cada vez mais, a mulher pelos cuidados e responsabilidades com a criança. O papel da mãe é ressaltado, e a mulher grávida, enquadrada, pela sujeição social, a ser uma boa mãe, enquanto em condição de futura mãe. As campanhas midiáticas, sociais e culturais de anos levam-nos a acreditar no valor de boa mãe e creditá-lo como sendo algo natural. Meyer (2009) afirma que

A nossa crença de que a maternidade é ou deveria ser exercida assim, de que deveria ser desejada e vivida desse modo por todas as mulheres, independentemente de suas condições, desencadeia a repulsa e horror, amplamente divulgados e alimentados pelas mídias, que cercam as mulheres mães que, por alguma razão, escapam dessa representação de ‘boa mãe’. (p. 99).

Compreendemos que a boa mãe seja aquela que deseja sempre o melhor para o seu filho, que pensa na “cria” antes mesmo de pensar em si, de forma que, atualmente, o abandono, o aborto e o infanticídio, práticas comuns antigamente, tornam-se práticas abomináveis e criam estigma nas mulheres que realizaram alguma dessas ações. Mais recente, temos, como exemplo, os casos de depressão pós-parto, que são difíceis de serem reconhecidos pelas mulheres e mesmo por profissionais, devido ao estigma que esse quadro clínico traz e à forma como o papel materno é depositado dentro do social e da cultura.

Algo que acreditamos ser tão natural como a maternidade protetora é, na realidade, um mito²⁰. A constituição dessa ideia maternal como parte da natureza, como coloca Knibiehler Y. (1990), é invenção iniciada com a Igreja Católica, uma forma de feminilização e domesticação de mulheres, sendo sempre renovado e remodelado, em novas versões, até a Modernidade. É recriada, ao longo da história ocidental, pela mídia, em suas campanhas constantes a respeito de como ser uma boa mãe e em campanhas

19 Esta parte baseia-se em trabalho anterior da autora no trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado: Parto: tipos, formas e locais : um estudo de caso sobre a experiência do parto, para obtenção de Bacharel em Ciências Sociais, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, conforme já mencionamos no item 1.4.

20 No sentido de ser construído.

públicas para o aumento da natalidade, reforçando a ideia da importância feminina em gerar filhos, corroborada, sempre, pela ciência em expansão.

O discurso científico diz à mulher como ser mãe e o que não fazer ao ser mãe. Assim, o discurso médico recria a maternidade ditando quais são os comportamentos e as tendências que a mulher deve seguir. A ciência médica passa a ser utilizada no lugar da Igreja para dar respaldo às afirmações e determinações exigidas do corpo feminino e da sua função social. Sob a proteção do discurso científico, o papel da mãe é recriado, reforçado e trabalhado pela mídia, pelo Estado e pela medicina, estabelecendo as maneiras, as atitudes, os comportamentos e as tendências a serem seguidas pela parturiente até os dias atuais.

Porém, nem sempre foi assim. Silva, Christoffet e Souza (2005) destacam que, no Brasil, até o final do século XIX, as crianças eram tratadas como objeto e as de famílias mais abastadas tinham duas mães: a biológica e a ama de leite. Havia a naturalização do abandono, do infanticídio e da indiferença ao destino infantil pelos adultos. Somente no século XX, houve as mudanças e o começo do cuidado infantil.

Nossa sociedade impôs o modelo de mãe ideal a partir de discursos científicos, que são difundidos e se tornam parte do senso comum, que é repetido e assimilado, acabando por transformar-se em discurso verdadeiro. Entre esses discursos, há o do que é ser mãe e o do que fazer e não fazer, tendo a cientificidade como base e uma estratégia de naturalização e universalização dessas questões. Como Meyer (2009) cita,

O que importa é entender como determinados conhecimentos – que se apresentam e que assumimos como científicos, universais e neutros – incorporam, reproduzem, atualizam e tencionam as representações culturais de maternidade, e que efeitos isso pode ter sobre os modos como cuidamos de mulheres-mães e homens-pais em nossos cotidianos profissionais. (p. 85).

Pena et al. (2010) afirmam que a responsabilidade se torna feminina e que, quando tratamos de nutrição, a culpa pela má alimentação infantil recai sobre a mãe, assim como as campanhas de nutrição são voltadas para dar informação às mães e vários programas assistenciais privilegiam a mulher como responsável pela criança (Meyer, 2009). No fim, a mulher cria uma preocupação e responsabilidade feminina que começam na gestação e seguem após o parto.

Uma vez feita a apresentação do embasamento teórico desta pesquisa, composto pelos conceitos de doença, saúde, qualidade de vida, gestação e alimentação, entre outros, e da análise de partes do desenvolvimento, da transformação e do entrelaçamento desses conceitos, passamos ao capítulo seguinte, o qual abarca a percepção final dos sujeitos desta pesquisa a respeito de saúde, nutrição, alimentação saudável e qualidade de vida na gestação.

CAPÍTULO 5. QUESTIONÁRIO: PERFIL DAS GESTANTES E PARTURIENTES

Este capítulo se destina à apresentação do perfil das gestantes e parturientes que participaram desta pesquisa, composto com as respostas dadas por elas às perguntas referentes a esse aspecto que compunham o questionário.

5.1 Questionário: idade, estado civil e renda familiar

No que se refere ao questionário, enviamos o pedido de resposta virtualmente, a partir do nosso e-mail e do Facebook, em perfil e comunidades de gestantes, conforme mencionamos na Metodologia. No total, entre gestantes e parturientes, obtivemos 53 respostas ao questionário postado e respondido por meio do Google Docs, entre os meses de setembro de 2012 e março de 2013.

Das respondentes, 77% (41) eram gestantes; 19% (10), parturientes; e 4% (2) não deram essa informação. Entre as gestantes, o tempo da gravidez, no momento da resposta ao questionário, era de 8 a 41 semanas. As parturientes, por sua vez, tinham bebês de um mês até um ano e nove meses. Para 64% (34) das gestantes, era a primeira gravidez, enquanto as demais, 36% (19), já tinham filhos, sendo, para 18 delas, a segunda gestação e, para 1, a terceira. Quanto à nacionalidade, 49 são brasileiras; 2, portuguesas; 1, austríaca; e 1 não deu essa informação.

Quanto à idade das respondentes, variou entre 20 e 37 anos, com a média de 30 anos. O primeiro filho e a idade média de 30 anos demonstram as mudanças sociais no mundo ocidental, onde “retardar” a gestação e ter menos filhos é uma opção adotada por muitas mulheres de classe média e média alta. Nessa direção, a Rede Interagencial de Informações para Saúde (2009) afirma que “O adiamento da idade ao ter o primeiro filho é um fenômeno típico de populações que se encontram nos últimos estágios da transição demográfica.” (p.26) Isso porque a idade reprodutiva da mulher e a sua inclusão no mercado de trabalho aumentaram em comparação com as gerações anteriores, além da inclusão de fatores, como planejamento familiar e métodos anticoncepcionais. (Brasil M. d., 2009).

Com relação ao estado civil, 45 respondentes afirmaram que são casadas; 7, solteiras; e 1, divorciada. A renda familiar²¹, por sua vez, variou, conforme apontam os resultados expostos na Figura 1²².

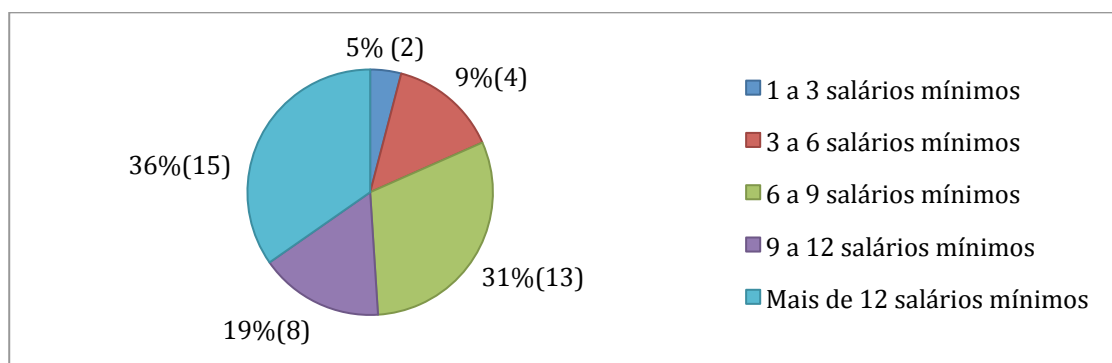


Figura 1. Renda familiar das brasileiras residentes no Brasil respondentes do questionário.

Conforme mostra a Figura 1, o maior percentual registrado foi de 36% (15), com uma renda familiar de mais de 12 salários mínimos (s.m.), e o menor, de 5% (2), com uma renda de 1 a 3 s.m. A segunda maior renda declarada foi de 6 a 9 s.m, por 31% (13) das respondentes. Diante desse resultado, é possível afirmar que estas mulheres pertencem às classes média e média alta, pois, segundo o relatório da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SEA), classe média, no Brasil, é aquela cuja renda mensal fica entre 1540,00 e 2813,00 reais, e a classe alta, acima de 4845,00 reais.²³ (Secretaria de Assunto Estratégicos).

Apesar de não termos indagado as participantes da pesquisa a respeito da formação e nível educacional, os dados coletados – conforme apresentaremos no capítulo 7 – sugerem que as mesmas possuem um alto nível educacional. Nesse sentido, consideramos que essas são as mulheres descritas por Bauman (2005) e Lipovetsky (1994): possuem a capacidade de transformação, ação e empoderamento. Por fim, as respondentes do questionário aparecem como bem informadas, educadas e com acesso facilitado à internet.

Vale ressaltar que, apesar da grande difusão da internet, a realidade brasileira ainda exclui muitos cidadãos do acesso digital. O problema consiste nos fatores econômicos e geracional, pois, no país, existem muitos analfabetos digitais. A questão

²¹ O salário mínimo da época era de 622,00 reais.

²² Retiramos as respondentes estrangeiras e brasileiras vivendo no exterior, pois o conceito de classe média varia.

²³ A tabela referente a essas informações encontra-se em anexo.

geracional não é um problema que atinge diretamente esta pesquisa, pois, afinal, a geração que tem poder aquisitivo para usar um computador e a internet não sabe que está acima da idade reprodutiva. Porém, o problema econômico ainda é um entrave para a difusão do acesso a conhecimentos básicos de informática e a possuir computadores com internet nas residências. Por esse fator, houve uma limitação do grupo social que respondeu a esta pesquisa, visto que não possibilitou a participação de gestantes sem acesso à internet ou sem conhecimentos sobre o seu uso.

5.2 Tratamento dos dados coletados nos questionários

Saunders e Ramalho (2000) e Marques et al. (2011) afirmam que, em cada fase da vida, a alimentação modifica-se e isso não é diferente na gestação. A respeito disso, nos questionários, as mulheres afirmaram ter ocorrido algumas mudanças nas rotinas, na alimentação e nos costumes durante a gestação e que continuaram durante o período da amamentação. A propósito das informações sobre alimentação durante a gestação, as 53 (100%) respondentes disseram ter recebido alguma forma de conselho. Quanto às fontes dessas informações, encontram-se na Figura 2²⁴.

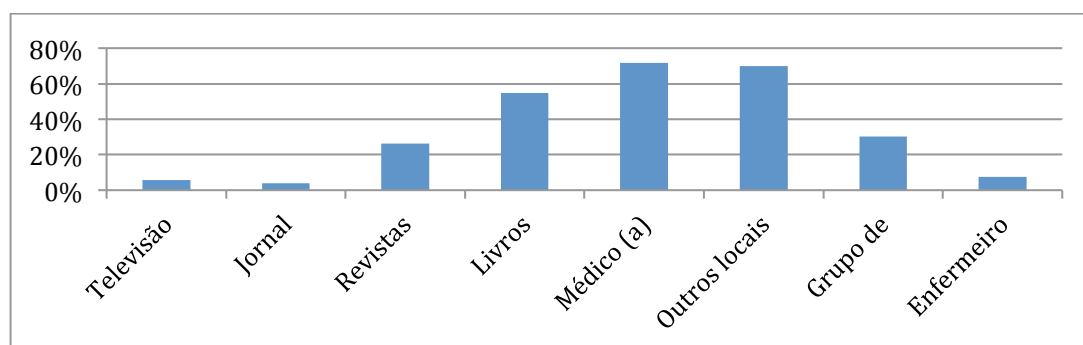


Figura 2. Fontes, para as respondentes do questionário, de informações sobre alimentação na gestação.

Conforme exposto na Figura 2, foram apontadas, como fontes prioritárias de informação: o médico (por 38 mulheres - 72%); outros locais e pessoas (37 - 70%); livros (29 - 55%); grupo de grávidas (16 - 30%); revistas (14 - 26%); o enfermeiro (a) (4 - 8%); televisão (3 - 6%); e o jornal (2 - 4%) e). Como essa questão era passível de mais de uma resposta, a soma total foi maior que 100%.

²⁴ A questão abria possibilidade de assinalar mais de uma resposta, resultando em somas maiores do que 100%.

Para as gestantes e parturientes participantes da pesquisa, a mídia²⁵ não aparenta ser uma influência marcante como fonte de informações específicas à gestação, quando esta é tratada no formato de revistas, jornais e televisão. Não obtivemos dados sobre outras fontes de obtenção de informação, como a internet que pode ter sido incluída nas respostas sobre outros locais de conhecimento, porquanto, quando questionadas sobre se seguiam alguma dieta e onde haviam recebido o conselho, as respondentes mencionaram a internet²⁶ como fonte de informação, conforme descreveremos mais adiante nos trechos coletados no questionário.

Quanto aos resultados obtidos com a pergunta que solicitava que mencionassem se seguiam alguma dieta específica, 34% (18) das respondentes assinalaram que tinham alguma forma de dieta, contra 66% (35) que não tinham. Um resultado próximo foi encontrado quando perguntamos às gestantes e às parturientes se tiveram algum profissional acompanhando a sua dieta: 30% (16) disseram que sim e 70% (37), que não (Figura 3).

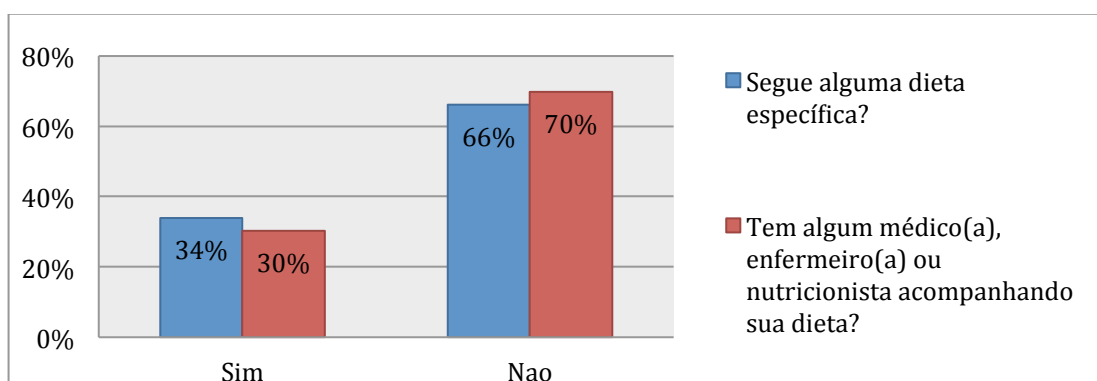


Figura 3. Questão sobre se seguiam alguma dieta e se possuíam acompanhamento profissional.

No que tange à questão aberta referente a quem recomendou a dieta, houve respostas discursivas dadas por essas mulheres.²⁷

As que disseram “sim” se expressaram conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1. Seguem dieta e quem recomendou.

“Acompanhamento de nutricionista por recomendação médica.”
--

²⁵Entendemos como mídia tradicional, meios de comunicação de massa, como televisão, jornais, revistas, conforme teorizado por Moles (1967). A internet, classificamos como outra forma de mídia.

²⁶ Acreditamos que, na internet, coexistem diversas fontes de informação advindas de médicos, artigos científicos, formas tradicionais e opiniões.

²⁷ A questão referente a quem recomendou era aberta, o que permitiu a coleta de informações, pois, mesmo respondendo não seguir alguma dieta, na pergunta seguinte, as gestantes e as parturientes preencheram com alguma resposta, como exposto no Quadro 2.

“Dieta por causa da diabetes durante a gravidez.”
“Nutricionista e médica.”
“Médico e como sou nutricionista aplico meus conhecimentos.”
“Nutricionista.” (7 respostas)
“Médico (a)” (3 respostas)
“Obstetra”
“Endocrinologista”
“Eu sou ovo lacto pisci vegetariana.”
“Sou vegetariana e sigo uma dieta ayurvédica por conta própria. (Sou terapeuta ayurvédica e professora de yoga para gestantes).”

Por sua vez, as gestantes e parturientes que disseram “não” se manifestaram conforme apresentamos no Quadro 2.

Quadro 2. Não seguem dieta e quem recomendou.

“Não sigo.”
“Sou estudante de nutrição e aprendi na graduação o que é uma alimentação saudável e os nutrientes importantes durante a gestação, sendo isto o que eu procuro seguir.”
“Não sigo uma dieta específica, mas procuro comer pequenas porções várias vezes ao dia. Procuro ingerir um pouco de cada nutriente e beber bastante água. Geralmente minha fonte informações é a internet.”
“Grupo no facebook.”
“Busco muitas informações em portais de bebê e especializados em gravidez, que dão dicas de todos os aspecto de alimentação e bem estar na gravidez, ali busquei informações que poderiam melhorar a minha alimentação, sem seguir um dieta específica.”
“Pesquisas na internet, conselhos familiares e principalmente, conselhos de amigas nutricionistas. Pretendo consultar um nutricionista em breve.”
“Nutricionista/ endocrinologista.”
“Minha ginecologista me orienta sobre os alimentos.”
“Nutricionista”
“Não sigo nenhuma dieta mas evito doces, refrigerantes e café.”
“Amigos com ponto de vista naturista em general, sobre alimentação, modo de vida, etc.”
“Ninguém” (8 respostas)
“Sem dieta específica.” (6 respostas)

Os percentuais referentes às respostas positivas às duas perguntas apresentadas na Figura 3 diferem, porque houve mulheres que declararam (“sim”) e que seguiam uma dieta específica, mas que foram impulsionadas por decisões individuais e ideológicas, o mesmo ocorrendo com as respostas das mulheres que se disseram vegetarianas, como descrito no Quadro 1. Já as demais afirmaram que seguiam uma dieta por indicação médica ou de nutricionista. Nas respostas negativas (“não”), expostas no Quadro 2, algumas mulheres mencionaram recomendação de nutricionista, endocrinologista ou médico, ao mesmo tempo em que responderam que não realizavam uma dieta, ou seja, não seguem as suas indicações.

Houve uma recorrência da resposta sobre o uso da internet como forma de consulta e informação, nos formatos de site e comunidade virtual (Facebook).

Nas respostas discursivas dadas nos questionários, é possível perceber a influência dos conselhos do médico, tanto na Figura 3, quando este foi a fonte mais utilizada, assim como nos trechos dos questionários que apresentamos nos quadros 1 e 2. Nesses trechos, as participantes da pesquisa mencionam várias dietas seguidas por orientação de algum profissional de saúde, ao mesmo tempo em que sugerem que existe um empoderamento: algumas delas afirmam que não seguem alguma dieta, mas alegam ter recomendações de algum profissional de saúde, demonstrando um cuidado com a alimentação por conta própria e com o auxílio da internet como forma de conhecimento.

CAPÍTULO 6. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo, apresentamos os dados coletados com a entrevista, realizada via Skype, durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2012 e janeiro, fevereiro e março de 2013, com 9 mulheres, entre gestantes e parturientes. O contato das entrevistadas foi coletado na última pergunta do questionário que sugeria que as interessadas em participar da entrevista deixassem alguns dados de contato. Como houve demora entre a coleta dos dados por meio do questionário e a entrevista, algumas mulheres tiveram seus filhos nesse ínterim.

A idade das entrevistadas varia entre 26 e 34 anos. Todas são brasileiras, sendo quatro naturais do estado do Rio Grande do Sul, duas de Santa Catarina, uma de São Paulo, uma do Rio de Janeiro e uma de Goiânia. Oito são casadas, e uma, solteira. A renda familiar da maioria das entrevistadas é superior a 12 salários mínimos.

Quatro entrevistadas eram gestantes e as outras cinco eram parturientes. Para identificar cada entrevistada, definimos códigos representativos: utilizamos a letra P (significa parturiente) e a letra G (significa grávida), seguidas do número sequencial da entrevistada. A essas gestantes atribuímos, nesta dissertação, a nomenclatura G1, G2, G3 e G5, e às parturientes, P1, P2, P3, P4 e P5 para preservar a identidade das mesmas.

Fizemos às entrevistadas perguntas que abarcavam questões concernentes à tradição, ao profissional de saúde e a saberes próprios, que constituíram a primeira classificação; e a informações dos rótulos das embalagens, à tabela nutricional, a mudanças alimentares²⁸, motivos e alimentação saudável, que constituíram a segunda classificação. As entrevistadas também responderam, a partir de suas percepções, a questões alusivas à alimentação e qualidade de vida, que compuseram a terceira classificação.

6.1 Primeira classificação: tradição, profissional da saúde e conhecimento próprio

Como método de análise, categorizamos o conhecimento das entrevistadas em três, nos quais distinguimos conhecimento tradicional, conhecimento profissional e informação própria, com o intuito de perceber a relevância dos conselhos recebidos e

²⁸ P1 e P4 tiveram princípio de diabetes gestacional e, conseqüentemente, apresentaram mudanças alimentares mais significativas.

como tais conselhos influenciaram as tomadas de decisões, as escolhas e as ações durante a gestação.

Para tanto, trabalhamos com as falas dessas mulheres e as classificamos em três modos de saber: o **tradicional**²⁹ (6.1.1), quando foi dado por terceiros, excluindo os conselhos do profissional de saúde, que abarca a categorização seguinte; o **profissional** (6.1.2), quando foi diretamente relatado pelo médico, nutricionista ou outro profissional de saúde, que acompanhava essas mulheres no momento da gestação; e o **conhecimento próprio** (6.1.3), quando surgiu de opiniões e pesquisas independentes (revistas, comunidade virtuais, internet, etc.). Determinamos essas três classificações como forma de aquisição de sabedoria concernentes à gravidez e desejamos descobrir se houve ou não influências dessas três fontes.

6.1.1 Tradição

O saber tradicional foi o menos contemplado pelas mulheres participantes desta pesquisa. O conselho recebido por elas sob a forma tradicional de saber foi, muitas vezes, considerado como antigo e sem sentido para adotar. Apresentamos as falas referentes ao saber tradicional em dois quadros: o primeiro, com os **conselhos recebidos** (Quadro 3), no caso, sobre o que ouviram de terceiros, e o segundo, com a **tradição rejeitada** (Quadro 4), no caso, com conselhos que ouviram e consideraram incoerentes para aderir.

Quadro 3. Conselho recebido

P1	De tudo quanto é tipo de pessoa, das pessoas que não têm filhos e escutaram a mãe, os avós falando; as pessoas que já tinham filhos e as outras pessoas falaram para ela. A comunicação vem de várias gerações. Então, tem certas coisas que a gente já sabe que não pode fazer, porque a vó, lá atrás, não fazia, mas ninguém sabe porque não fazia. (...) De pessoas mais velhas e até as mais novas até que replicam o que os mais velhos dizem. Nem questionam e só replicam.
P5	Não, não segui nenhum conselho e nem recebi nenhum e se eu recebi não me lembro. Mas não sigo.
G3	Sim, muitos. Todo mundo tem um conselho para grávidas. Tento filtrar muita coisa para não me apavorar também.
G2	Todo mundo mete o bedelho. Gravidez parece uma placa escrita na sua testa: 'Dê palpite sobre a minha vida'. Todo mundo quer falar para você o que você tem que comer, o que você não tem o que comer. (...) Deixa eu pensar aqui; são tantos que entra por um ouvido e

29 Para classificação e categorização dos dados, decidimos dividir os saberes, sendo que o tradicional inclui os conselhos de terceiros, que não os dos profissionais de saúde, pois estes adentram a categoria seguinte. Portanto, fizemos a distinção entre esses dois saberes a partir de quem o deu, ou seja, quando o conselho foi dado por um profissional, cuja opinião tendencialmente invoca o conceito de dados e valores científicos, e quando foi recebido de terceiros, não profissionais de saúde, e como esses foram ouvidos e aceitos pelas gestantes e parturientes.

	sai pelo outro. Tudo o que você coloca no prato a pessoa sempre fala: aí é pouco.
--	---

Quadro 4. Tradição rejeitada

P1	Absurdo mesmo é dizer que, na quarentena, não pode lavar o cabelo. Imagina ficar 40 dias sem lavar o cabelo; imagina o cabelo das pessoas naquela época. (...) Aí eu disse que pode ficar esperando. A primeira coisa que eu fiz depois de ganhar o [bebê] foi lavar o cabelo. (...) Tem várias coisas: dizem que tu não pode baixar porque o neném pode escapar, ficar de cócoras, porque ele pode nascer; não pode comer carne de porco nem galinha, só carne vermelha. A gente escuta de tudo um pouco; vários absurdos.
P5	(...) tem que tomar canjica, cerveja para dar leite. Não sigo não.
G3	(...) ouvi muito sobre comer por dois (isso é o que mais escuto). E sei que não posso fazer isso (...) tento comer coisas que considero saudável para oferecer as fontes de vitaminas e proteínas necessárias para o bebê. Outra coisa é comer um tipo de alimento o tempo todo, como o abacate ou só tomar suco verde. Tento não entrar na paranoia e comer o que julgo necessário...
G2	Acho que você seguir o que todo mundo, inclusive até a minha sogra mesmo, a quantidade que todo mundo quer que eu coma, eu já estava, acho, que uns 10kg a mais. Mas eu não como; eu como até ficar satisfeita. Eu não passo fome, mas não estou comendo mais do que eu tenho vontade de comer só porque estou grávida.(...) Basicamente não é nada específico com relação a um alimento, é mais com relação à quantidade. Você tem que comer mais porque você tem que comer para você e o seu bebê. (...) Agora, de alimento específico, ainda não aconteceu, mas com relação a depois do bebê nascer, aí todo mundo fica falando que eu tenho que comer polenta e canjica, tudo à base de milho para poder dar leite. De acordo com o que eles falam, para poder dar leite tem que comer.

6.1.2. Profissionais da saúde

Os profissionais foram lembrados pelas gestantes e parturientes como fonte de informação e forma de sanar dúvidas. Foram lembrados em algumas passagens, as quais dividimos em **recomendações alimentares** (Quadro 5), **outras recomendações** (Quadro 6), feitas pelos profissionais em saúde, e **importância** (Quadro 7), em que avaliaram a importância de ter um profissional as acompanhando nas questões referentes à alimentação.

Quadro 5. Recomendações alimentares

G2	Primeiro, alimentação. Eu tomava muito chá verde, e a minha médica falou para reduzir o consumo e tomar cuidado com os chás. Porque alguns chás são abortivos.
P2	Ela vetou todos aqueles temperos prontos da Knorr etc. Ela disse que tinha muito sódio e me deu uma receita de caldo natural com legumes; falou pra não temperar MUITO as coisas; disse pra eu evitar crustáceos, pois podiam desencadear alergia, se não me engano. Também ovo cru, salada mal lavada, bebida alcoólica. (...) teve uma coisa engraçada. Eu fui viajar com 6 meses de gestação, daí o meu medico falou que, se eu entrasse em trabalho de parto no avião (que era umas 10 horas de voo), era pra eu tomar uma dose de whisky pra segurar o parto!
P5	Ela fez restrição a adoçante, cafeína, evitar café, coca cola, mate, dependendo alguns chás e evitar adoçante. Poderia ser sacarose, mas era bom evitar. Evitar comer cru na rua, salada, japonês, por causa da toxoplasmose e outras doenças. Foram as únicas recomendações dela (nutricionista) e do médico.
G3	Comida japonesa (...) Esses foram por orientação médica. (...) não fui proibida de comer

	muita coisa; somente alimentos crus e muito gordurosos para não haver risco de contaminação para o bebê. Eu acho que tem muito exagero, hoje, em torno disso... [Perguntamos: consultou a médica?] Sim, porque ouvi muita coisa sobre o que pode o que não pode. Queria saber até que ponto era prejudicial ou não, como o café, peixe cru (...) o consumo do café não é tão prejudicial assim; era só reduzir.
G4	Cuidar com o sal, comer muita fruta e legume. (...) Evitar sushi, carne crua, prestar atenção na procedência onde comer saladas e ir em restaurantes confiáveis.
P1	De criar uma rotina de alimentação. Ela fez várias orientações. (...) e tinha várias coisas que a médica dizia que se consumir em excesso não é bom para o bebê. Por exemplo: chocolate.
P4	Foi para comer, não comer pão branco, por exemplo, comer pão integral. Não comer muito doce, praticamente, e também não podia comer fruta. Comer pouca fruta por causa do açúcar (...) Não, a única coisa que eles falaram era quanto à bebida e ao fumo. Mas nada contra alimentação.
P3	A cada mês, eu estava engordando um quilo e meio. Então ele me disse para não comer muita batata, que eu gosto muito; comer uma batata, e não duas ou três; arroz, duas colheres, e não comer quatro. Mas nem sempre conseguia. Na segunda (gestação), eu me controlei melhor.
G1	Comer bastante fruta e legume, que eu não fazia antes. Está bem equilibrada, coisa que eu não fazia antes, não comer muita fritura, comer mais salada, legume, frutas.

Quadro 6. Outras recomendações

G2	Agora, com relação a hábitos, eu parei de fazer exercício físico desde do início da gravidez e não fui autorizada a voltar, porque eu estou com placenta baixa. Então a minha médica proibiu qualquer tipo de exercício físico ou esforço físico. Então subir escada com cuidado, serviço de casa, não carregar peso, este tipo de coisa.
P5	Acho que depende do tipo de gravidez, se você tem uma gravidez de risco e não pode praticar exercício. Isso é você e o médico que vão definir, né. Se o médico te liberar a fazer atividade física, se você não tem problema nenhum.
G3	Exercícios muito pesados.
P1	Principalmente no começo, de não fazer esforço físico, cuidar na questão de fazer alguma atividade, de poder movimentar o corpo.

Quadro 7. Importância

P1	Bastante. Até acho que todo mundo deveria ter até para esclarecer as dúvidas; sempre tem uma certa insegurança quando se está grávida, no que pode e não pode fazer. Até porque as pessoas ficam dizendo: 'Ah, não faz isso. Sabe que não pode fazer aquilo'. Então é sempre bom ter o acompanhamento de um profissional para poder orientar. (...) Consultava as duas. No caso, a minha médica já tinha uma tendência toda para parte natural, de fazer o parto humanizado; ela já tinha um foco diferente. Poderia ir numa médica que tivesse interesse em fazer cesariana, que achasse mais interessante, por exemplo, ter outro tipo de acompanhamento de alimentação. Tudo foi focado num processo bem natural, tanto de alimentação quanto o parto.
P5	Com certeza, principalmente para acompanhar o ganho de peso, porque eu sempre tive problema com peso. Então, para mim, foi muito bom. Eu faço acompanhamento nutricional faz dois anos. Então eu mantive. Para mim, foi fundamental e sempre tirava minha dúvida se era para comer determinado tipo de alimento em determinada fase. Mas como eu sempre tive uma alimentação mais balanceada, ela nem mexeu muita coisa, não.
G2	Sim, se eu não tivesse já este histórico do acompanhamento nutricional, eu teria procurado durante a gestação. Mas, eu meio que eu senti que eu dava conta de levar sozinha, justamente por já ter tido a orientação. (...) Quando você tem a orientação do nutricionista, você mais ou menos aprende a calcular o valor calórico das coisas. Então eu já sei mais ou menos quando eu coloco um prato, eu sei mais ou menos a quantidade de calorias que tem num prato, não

	exatamente, mas mais ou menos. Eu sei que uma grávida precisa, mais ou menos, de 2,300 calorias para ter uma gravidez saudável. E eu fazia uma dieta de 1800cal, então eu sei mais ou menos como calcular as calorias de um prato. Por isso, eu acho que eu estou conseguindo levar tranquilamente na gravidez, mas sem essa orientação, sem esse aprendizado, acho que seria difícil.
P3	Eu acho importante.
P4	Ah, eu acho que seria bom, sim. Não é de praxe na Noruega ter.
G4	Acho importante. (...) no momento, não tenho. Tenho minha médica e, se acontecer alguma oscilação muito grande de peso, aí eu vou procurar.
G3	Não, acho que dá para dar conta. Só se você tiver algum problema de saúde e precisar de mais orientações.

6.1.3. Conhecimentos

Classificamos como **conhecimento próprio** (Quadro 8) as falas referentes ao que as entrevistadas acreditam que poderia ou não ser feito durante a gestação; como **canais de informação** (Quadro 9), as fontes das informações mencionadas e já expostas, nesta dissertação, nos quadros 5, 6 e 7, e, por último, como **dieta**, no caso, de ter tido alguma recomendação e se seguiram ou não essa recomendação (Quadro 10).

Quadro 8. Conhecimento próprio

P5	Fumar, beber, drogas. (Quanto ao que pode ser feito). Acho que não tem nada que impeça. Mas, lógico que não vai ficar saltando de bungjump, sei lá essas coisas mais. Mas as coisas normais do cotidiano, acho que não tem problema não.
P1	O que eu tinha de conhecimento, na verdade, era quibe cru e sushi. Isso. Não poderia ser consumido durante a gravidez. (...) Tinha algumas coisas que a gente sabia que podia consumir normalmente, mas se fosse em excesso, aí não. Bebida alcoólica, essas coisas a gente sabe que não pode.
P2	Falta de alimentação em horários regulares, exercício físico em excesso, esportes radicais, estresse, comidas da terra mal lavadas, carnes cruas (a não ser que bem inspecionadas, mas eu não arrisco), muito leite. (...) permitido) exercícios físicos regulares, comer doces de vez em quando (moderado), comer um pouco de cada tipo de alimento saudável (ovos, peixe, legumes, verduras, sementes).
G2	Não teve nada que eu parasse de comer completamente, (...) continuo dirigindo... só não continuo fazendo exercício físico por conta deste aspecto particular da minha gestação. Mas, se não fosse isso, eu continuaria fazendo exercício físico depois de passado os três meses e continuei fazendo tudo. (...) Até alimentação que falam que é ‘proibido’ entre aspas, por exemplo, peixe cru todo mundo fala para não comer e eu continuei comendo só que eu passei a comer só num lugar específico que eu sei que higienização é boa. Então eu procurei não cortar nada assim absurdamente. (...) Eu acho que não tem uma coisa específica que você tem que comer para amamentar, eu acho que tem que ser quando você está amamentando, tem um gasto energético muito grande. Então o que eu acho você tem que comer um pouco mais, mais líquido, mas não uma coisa específica assim. E, agora, tem outras coisas que eu acho que já interfere. Por exemplo, café. Não beber café porque deixa o bebê agitado por conta da cafeína. Isso daí eu acredito. E coisas ácidas, frutas ácidas evitar. É mais ou menos um senso comum, pensar o que está saindo é o que você está comendo. Se o estômago do bebê é um pouco mais sensível, evitar coisas condimentadas, né. Esse tipo de coisa que eu acho, mas nada eu acho que seria cortar.
G4	Acredito que o sushi. Um dos motivos é carne crua, existe uma maior chance por bactérias. Não, que não se possa comer, mas precisa ter uma procedência muito confiável. Como eu

	não conheço aqui, eu evito completamente. Alguns tipos de queijo mole, como o feta e camember para evitar. Liberado: frutas e legumes
P4	Com relação à alimentação, eu acho que a cafeína, e pelo menos eu não tomei, pelo o que vi falava para não tomar e álcool, claro. E talvez circular um pouco mais a alimentação, talvez não comer tanta fritura, ter uma alimentação mais balanceada, caso a pessoa coma muita verdura. Mas comer fritura, comer fruta, comer, no mínimo, as 3 refeições. Proibição à cafeína e o álcool. (...) eu parei de comer feta cheese, esses queijos mais crus;, eu parei esse tipo de queijo e peixe cru. Então eu não comi o tal do peixe cru.
G1	(Liberado) caminhadas, exercício...
P3	Eu acho que a pessoa não pode fumar, beber muita bebida alcoólica. E tentar comer fruta. É o que eu fazia, comer bastante fruta e salada. (...) tentar comer bem e fazer caminhada. Eu não fazia muita caminhada porque eu não tinha tempo, mas é bom. Até para hora do parto.

Quadro 9. Canais de informação

P1	Eu achei que tem várias informações do senso comum; tu vai por onde tu quer acreditar. Tem de tudo, tem uma pessoa que acredita que uma coisa faz bem, outra faz mal. Da mesma situação, as opiniões divergem bastante, e a gente vai acreditando naquilo que a gente acha que é o correto. E a gente pode procurar ali uma mesma coisa e ter várias opiniões e vários estudos científicos diferentes. Então não tem muito o que seguir do que é certo e o que é errado. (...) A gente escuta bastante coisa, na verdade, de várias pessoas, e cada um tem uma cultura e fala do que não pode ser feito, né, mas a gente busca informação na internet e com outros meios de comunicação e até com o próprio médico.
P5	Palestra no hospital onde eu tive o neném; falou o que eu já sabia e a nutricionista já tinha falado. Entrei em um sites que você entra e vê, mas nada que eu já não soubesse antes.
G2	Sempre, qualquer coisa que eu vou comer se eu não sei se pode ou não, eu pesquiso. Agora, aqui, não encontro erva de chimarrão, aí a minha sogra trouxe erva de chimarrão para mim e, antes de beber, eu fui lá pesquisar se podia ou não. Perguntei para minha sogra, ela falou 'meu deus, não tem nada contraindicado, quantas pessoas que eu conheço que já tomaram.' Aí eu fui pesquisar na internet e vi que não é bem assim, que o chimarrão pode ser tomado pelas grávidas, mas não em excesso. Até uma certa quantidade, porque ele pode causar alguns efeitos colaterais. Então sempre antes de comer ou beber alguma coisa que não é comum, eu pesquiso para ver se não pode fazer mal para o bebê.
P3	Basicamente que a médica dizia, para não comer muito.
P2	Pesquisei na internet e li uns livros.
P4	Aqui, na Noruega, o médico e a parteira falaram que eu poderia comer tudo o que eu quisesse. Até eu acho que eles nem falaram do café; eu que não tomei café por ter ido atrás ou, pelo menos, no Brasil, por não falarem. Mas, aqui, não tem nenhum problema. Até peixe cru eles não falaram. Nesse site de gravidez, que eu pesquisei, falava no peixe cru, do queijo e do café e da bebida do álcool.
G3	Tive muito enjoo no começo e muito cansaço físico. Então mudei hábitos alimentares e atividades em respeito ao meu corpo.

Quadro 10. Dieta

G5	Não, procuro tentar comer de 3 em 3 horas, tomar bastante água.
G4	Sim, a mesma. O médico não deu nenhuma dieta.

G3	[Perguntamos: médico determinou dieta?] Sim. Achei bem absurda. Não sigo (...) Achei quase um regime para perder peso, tudo muito light, tento não comer comidas gordurosa e pesadas todos os dias, mas faço às vezes, abro uma exceção. [Quem deu?] Era minha obstetra, eu acabei trocando de médico. É muito complicado lidar com dieta, não tenho esse tempo de seguir à risca. [O outro médico recomendou?] A mesma coisa, percebi que, de modo geral, todos fazem, mas sigo o meu bom senso. Afinal, cada corpo funciona de um jeito, fico muito fraca comendo somente coisas leves e, com a gravidez, aumentou mais o meu gasto energético.
G2	Não voltei mais lá (nutricionista), porque eu preferi levar gravidez mais zen, sem cardápio específico. Por conta disto, apesar da nutricionista te passar aquele cardápio na gravidez, você não é muito senhora do seu corpo. Aí, antes, eu sempre tive facilidade de seguir; eu preciso comer isto; então eu vou comer isto, mas manter saudável é o que eu preciso. Mas, na gravidez; tem hora que você não consegue, você está com fome; mas não consegue comer determinadas coisas. Então eu preferi seguir assim comendo o que eu tinha vontade dentro das coisas saudáveis. (...) Eu teria que fazer outra dieta, específica para gravidez. Só que eu achei que seria, a gravidez já é um período que não é muito confortável, então você se sente mal em várias situações, e eu não quis fazer uma dieta específica justamente porque eu já tinha hábitos bons. Então eu falei assim: ‘eu vou continuar com’. Eu já sabia quantas calorias a mais eu precisava consumir estando grávida; eu só aumentei um pouquinho mais e aí meu controle de peso está sendo ótimo. Eu estou com 23 semanas agora, e eu engordei 2kg. O problema da gravidez é que você engorda mais nos últimos meses. Então o pessoal começa engordar desde o primeiro mês e, quando chega nos últimos meses, extrapola. Então meu bebe está no peso certo e no tamanho certo.
P2	Seguia, sim. Algumas coisas eu não comia porque tinha preguiça de fazer ou porque não gostava muito, mas a maioria eu fiz. (... atualmente) Sigo com a essência só! Ainda tomo aquele suco verde, como bastante ovo, continuo com salada, espinafre, coisas integrais, só parei de comer tantas vezes, porque, agora, não sinto tanta fome. Então cortei o lanche da manhã e esqueço de colocar aquela quinoa nas batidas. Quando lembro, coloco, quase não como tanto os nozes e castanhas, mas também quando lembro compro.
P1	Até o final, até quando o [o bebê] tinha um ano e três meses, eu estava seguindo. Depois eu já cortei algumas coisas, comecei a comer mais chocolate, fazer brigadeiro, coisa que antes eu não comia tanto. (...) Mantive até o final da gravidez. Aí quando eu comecei a amamentar, também até o período que ele estava amamentando, eu não tomava refrigerante. Tinha um hábito limitado, dei continuidade até o final da amamentação. E, agora, voltou ao normal. Teve algumas mudanças que permaneceram, como comer pão integral. Não como mais pão branco. Então tem algumas coisas que acabei me acostumando com o gosto.

Análise primeira classificação

Apesar de as divisões de conhecimento que apresentamos (tradição, profissional da saúde e conhecimento próprio) parecerem óbvias, acreditamos que são emaranhadas em uma mesma realidade, pois, afinal, não existe uma pessoa que siga apenas uma corrente de informação, e as fontes de pensamento são múltiplas, mesmo dentro da ciência. A partir da popularização do uso da internet como meio de comunicação e de difusão de notícias, tornou-se mais fácil a divulgação de diversas teorias científicas, sociais e mesmo de culturas que, antes, eram excluídas nas formas tradicionais de mídia.

A mídia descrita por Moles (1967) funciona como formadora de valores culturais e auxilia a ressaltar e/ou ignorar outros, ou seja, dentro de espaços, como revistas e televisão, a mídia seleciona os valores culturais a serem repassados e exclui outros, resultando numa exaltação de alguns e no desaparecimento de tantos outros. Porém, na época de seus escritos, não havia o alcance da internet como forma de disseminação e influência sobre a cultura. A internet surge como meio de comunicação que desenvolve uma forma de conhecimento mais difuso e plural, onde as diversas correntes científicas se entrecruzam, assim como a tradição, o saber feito por experiência. A conclusão desse entrelaçado de informações (cultura, tradição, mídia e ciência) auxilia na formação de conhecimentos, principalmente sobre assuntos específicos, nesse caso, a gestação.

Acreditamos que a tradição tenha surgido a partir da observação leiga e da comprovação simbólica da eficácia da ação ou não-ação. Assim que provada a sua validade pelo meio social e cultural, foi reproduzida por muitos e por várias gerações. A tradição possui um sentido simbólico de cuidado, de vontade, de cura e ajuda. Atualmente, alguns desses saberes são desacreditados pela ciência, e outros podem ser prejudiciais, como a exclusão de determinados alimentos durante a gestação, ato realizado por algumas gestantes, em algumas regiões do Brasil, como exposto na pesquisa de Baião e Deslandes (2006) e Witt (1976). Esses autores apontam que há restrições a alguns alimentos durante a gestação, como, por exemplo, aos peixes reimosos. Entretanto, recentemente, existem outras práticas populares que tiveram a eficácia comprovada pela ciência, como o parto normal ser o melhor para o bebê e para a mulher, assim como a prevenção à cesariana desnecessária. Ambos os incentivos são destacados no documento da OMS (1996) e são uma das metas, no Brasil, do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) para os anos de 2013 a 2015. (Brasil, 2013)

O contrário também ocorre, e muitas informações que circulam no cotidiano surgiram de boletins médicos e científicos que ganharam força com a ajuda da mídia tradicional³⁰ e, hoje, são tratadas como conhecimentos dito do senso comum³¹, como, por exemplo, a inclusão do parto no hospital. (Brenes, 2008; Brum, 2004; Coelho 2006; Vieira E. M., 2002).

30 Classificamos como tradicional a forma de mídia anterior à internet.

31 O senso comum, na definição de Santos (2010), persuade, e um dos triunfos da ciência é tornar-se senso comum e fazer parte do cotidiano, sem necessitar comprovar os fatos ditos.

Como citado anteriormente, a tradição, neste estudo, foi menos destacada como forma de conhecimento e apropriação de ações quanto aos cuidados específicos durante a gestação. Nesse caso, os saberes foram menos baseados nos conhecimentos populares, como descrito por Witt (1971) e Baião e Deslandes (2006), e mais oriundos de recomendações médicas e informações coletadas na internet. Contudo, isto não quer dizer que esse conhecimento não foi citado ou considerado pelas gestantes e parturientes. Afinal, o conceito social, segundo o qual a gestação é considerada um ato público, conforme LeBreton (2006), suscita o conselho de várias pessoas (conhecidas e desconhecidas) sobre o que fazer, comer, agir e evitar. O culto do social sobre o corpo individual abre brechas para conselhos e opiniões de vários indivíduos, que tiveram filhos ou não, mas já ouviram falar de alguma informação que julgam fundamental para o conhecimento da gestante. Como foi enunciado por G2 (Quadro 3), ao dizer que, na gestação, parece haver uma placa na testa pedindo por palpites, corroborado por P1 e G3, ao afirmarem que todo mundo tem algo a acrescentar, que ouviram recomendações de pessoas com e sem filhos, que escutaram de algum lugar.

Os discursos expostos no Quadro 3 foram acerca do que qualificamos como saber tradicional³², que foi evidenciado por P1, ao destacar a fala de várias gerações, as quais levam em consideração as proibições às quais obedecem, porque vêm de suas avós, que não faziam e, por essa razão, havia certa sabedoria em não aplicar tais atos. O evidenciado por P1 vai ao encontro dos argumentos de Pimentel e Cravo (2005), de acordo com os quais a sabedoria popular não pode ser negada e deve ser captada nas riquezas, como exposto no item 3.4 desta pesquisa, podendo originar um conhecimento científico e ser comprovado como benéfico. Porém, mesmo que esse saber não seja evidenciado como científico ou benéfico, ainda faz parte da realidade social. Por isso, esse saber não deve ser descartado sem o entendimento dos motivos da reprodução do mesmo e, muito menos, eliminado sem a aprovação da população local. Todo conhecimento validado no mundo social deve ser entendido e discutido em seu contexto.

Porém, ao mesmo tempo em que P1 reafirma o valor dos atos passados por nossos antepassados, também nega o saber tradicional, ao declarar que muitas das

32 O senso comum, como determinado por Santos (2010), persuade e pode surgir do conhecimento empírico (tradição), mas também do científico, causando, assim, uma distinção no senso comum a partir da tradição e do senso comum apreendido de conhecimento científico. Nesta pesquisa, nas entrevistas, surgiram algumas falas que demonstram esse duplo sentido do senso comum.

“coisas” são apenas replicadas e que não existe uma reflexão quando foram reproduzidas por outras pessoas. O contraste encontrado na fala de P1 não foi difícil de entender, pois Avila-Pires (2000), ao discorrer sobre o assunto do conhecimento, conclui que este é múltiplo e possui várias contradições. Percebemos o exposto por Avila-Pires (2000) na fala de P1, ao aceitar alguns dos saberes, por virem de “lá trás”, mesmo sabendo que não há uma explicação científica, apenas empírica, e, concomitantemente, não entender a réplica de outras pessoas e desconsiderar as tradições relatadas, aceitando, no fim, alguns dos saberes e rejeitando outros.

Ainda quanto aos discursos expostos no Quadro 4, P1, G2, G3 e P5 demonstram que existem conselhos originados do universo tradicional, que continuam a ser repassados, como o consumo da canjica, da cerveja e da polenta para dar leite, e a dieta da gestante, no sentido de comer por dois ou comer apenas um tipo de alimento, como no caso de P1, comer apenas carne vermelha. Os conselhos encontrados para utilizar alimentos, como canjica, cerveja e polenta, são conhecidos como elementos tradicionais de algumas regiões e grupos sociais do Brasil. Dependendo da região e do grupo social em que essas sugestões se inserem, ainda há o cultivo de reconhecimento e validade. Nessa direção, Cravo e Pimentel (2005) e Canesqui (2005) alegam que os saberes tradicionais não devem ser esquecidos nos estudos antropológicos e sociais nem nas políticas públicas de melhoria à saúde feminina. O mesmo foi apontado por Baião e Deslandes (2006), para quem essas formas tradicionais de saber são seguidas por algumas gestantes, pois pensam no melhor para o bebê e consideram que assim devem ser percebidas.

Todavia, o conhecimento tradicional não foi seguido pelas gestantes e parturientes entrevistadas, pois evidenciam ter menos contato com os saberes tradicionais e um saber que, advindo de outras formas, encontra-se mais enraizado em suas concepções e decisões. Assim entendemos, pois, das nove entrevistadas, apenas quatro relataram ter se deparado com conselhos que classificamos como tradicionais e, quando o fizeram, foi ao responder à questão de absurdos que ouviram (Quadro 4). Houve, por exemplo, uma escassez de conselhos tradicionais citados por elas, como a sugestão de comer por dois, que, segundo a pesquisa de Witt (1971), é um dos costumes mais disseminados no Brasil, e foi apontado por apenas duas gestantes: G3 e G2. Isso corrobora a sugestão de uma rede de contato menos significativa com pessoas que permanecem a empregar os saberes populares. Por outro lado, outras formas de saber

foram reforçadas, e os tradicionais, recusados, como quando P1 afirmou que considerou absurdas as sugestões de quarentena para lavar a cabeça, assim como de restringir determinados movimentos para não “expulsar” o bebê. No mesmo sentido, P5 e G2 foram enfáticas ao dizerem que não seguiram os conselhos de terceiros³³, enquanto G3 afirmou que filtrou os que recebeu, evidenciando uma forma de conhecimento surgido de outras fontes que não as tradicionais. Em geral, percebemos, nas falas dessas gestantes e parturientes, discernimento em relação aos conselhos de terceiros, além de o considerarmos uma forma de empoderamento, pois recusam e se mantêm confiantes no que acreditam.

Destacamos que, entre os conselhos tradicionais, ocorreu uma ressignificação, que surgiu na fala de P1, quando colocou a recomendação de comer apenas carne vermelha e excluir a de galinha. Segundo estudos de Witt (1971) e Baião e Deslandes (2006), as tradições são locais, diferem e se diluem em suas regionalidades. A carne de galinha, porém, geralmente aparece dentro dos saberes tradicionais brasileiros, enquanto a carne vermelha, como afirma Bleil (1998), é um fenômeno recente na mesa do brasileiro, pois o consumo aumentou nos últimos anos, a partir de um modelo de vida exportado dos Estados Unidos. A carne vermelha representa um exemplo de abundância, força e saúde, no qual se encontra idealizada uma questão de status. Ocorre, na sugestão recebida por P1, uma forma de reconstrução e readaptação do saber tradicional, sendo que a carne vermelha passa a ser vista como benéfica à gestante. Porém, a tendência atual, quanto a esse significado dado à carne vermelha, é de maior aceitação nas camadas mais baixas da sociedade, pois a propensão das mais ricas foi diminuir o consumo devido às recomendações médicas e científicas sobre os malefícios ao corpo dos excessos da carne vermelha.

Outras transformações dos costumes sociais e culturais apareceram, mas, desta vez, observadas na categoria das recomendações dos profissionais de saúde (quadros 5 e 6). Esses profissionais foram lembrados nos conselhos, desde os cuidados ao comer na rua até as formas de exercícios. A naturalização do ato de comer na rua aparece, na recomendação dos profissionais de saúde, no cuidado com os alimentos, principalmente com a salada. Em seus discursos, P2, P5 e G4 destacam as indicações de seus respectivos médicos(as) aos cuidados quanto ao local para comer saladas. A evidência

33 O profissional de saúde foi analisado na categoria seguinte.

do comer na rua aponta o enraizamento das transformações sociais e culturais, pois, com o decorrer dos anos, houve algumas mudanças de hábitos alimentares na sociedade brasileira. Uma delas foi o de comer fora, exposto por Schlindwein e Kassouf (2007) e Bleil (1998). Segundo esses autores, ocorre uma perda de vínculos familiares, sociais e atos simbólicos, pois o comer fora aumenta as possibilidades de se alimentar sem familiares ou até mesmo sozinho, perdendo alguns valores sociais. Os profissionais também fizeram ressalvas à comida crua, como o ovo, a comida japonesa e a carne, conforme as falas de P2, P5, G3 e G4. Enquanto o ovo cru normalmente é encontrando em maionese, gemada, etc., que fazem parte de alimentos caseiros e típicos brasileiros, o peixe cru³⁴ (sushi, sashimi) e a carne crua provêm de outras culturas: a primeira é japonesa, e a segunda, árabe. A inclusão, no Brasil, desses tipos de alimentos pode ser erroneamente considerada fruto das imigrações desses povos. Entretanto, as mudanças dos hábitos alimentares do brasileiro são mais recentes do que a imigração, considerando que, no caso da comida japonesa, essa começou a ser “moda” no Brasil há menos de 10 anos, enquanto a imigração japonesa comemorou 100 anos, em 2008. Com a inclusão da comida japonesa, sucedeu uma ressignificação do consumo de alimentos, como o sushi, pois, tradicionalmente, esse é comido em cerimônias e contém vários significados em seus formatos e composições, enquanto, no Brasil e em outros locais do mundo, é apenas uma refeição. Acreditamos que essa mudança esteja vinculada à afirmação de Garcia (2003), segundo a qual a globalização permitiu o conhecimento de comidas do mundo e a apropriação e ressignificação dessas por outras culturas. Afinal, como explicar a inclusão da comida mexicana e americana no Brasil, haja vista que não houve uma imigração significativa de pessoas dessas nações no país?

As demais recomendações que comprovam as mudanças alimentares dos brasileiros variaram entre comer alimentos mais naturais (P2), integrais (P4) e comer mais frutas e legumes (G1 e G4); evitar: crustáceos (P2), adoçantes (P5), alimentos muito gordurosos (G3); comer menos fritura (G1); cuidar com o sal (G4) e excessos (P1 e P3); e diminuir doces e frutas (P4). P3, P1 e P4 tiveram um acompanhamento mais rígido, pois P3 apresentou um aumento de peso maior do que o necessário, havendo, por isso, o controle de determinados tipos e quantidades de alimentos, enquanto P1 e P4 apresentaram início de diabetes gestacional, o que levou P4 a diminuir o consumo de frutas de sua dieta.

34 Mais recentemente, houve a inclusão da peruana, com o ceviche.

A indicação de diminuir frituras, alimentos gordurosos e adoçantes e cuidar com o sal mexe com novos elementos no espaço alimentar brasileiro. O comer mais natural indicado pela nutricionista de P2, ao dar uma receita de caldo de legumes, em vez de usar o caldo pronto, cogita as mudanças no preparo do alimento, como destacado nos trabalhos de Bleil (1998) e Garcia (2003), que resultam no aumento do consumo do pré-cozido, temperados e congelados e o consequente aumento da quantidade diária do açúcar, do sal e da gordura em nossas dietas. A OMS (2004), em seu documento sobre dieta, exercício físico e saúde, divulga que, atualmente, há um elevado consumo de comidas pobres em nutrientes e ricas em gordura, açúcar e sal. Nesse sentido, surgiram, nos discursos, como de P2, a recomendação de reintroduzir frutas e legumes na dieta, o que converge para o exposto por Bleil (1998) de que o legume desapareceu da mesa como prato principal e foi substituído pela carne.

Outra recomendação, que faz parte da modernidade e do cuidado ao corpo, se refere aos exercícios (Quadro 6). G2, por exemplo, comenta que, por sua condição particular, foi proibida, enquanto P1 e G3 relembrou a proibição dos exercícios muito pesados. Pelo discurso, P1 aparenta possuir uma vida sedentária e teve uma pré-diabetes gestacional, o que resultou no conselho de se exercitar, mas com cuidado. Já G2 leva a discussão para a ideia do uso da academia, e não de praticar esporte, pois o esporte deve ser praticado com mais de um, o que torna uma tarefa difícil essa prática em grupos, pois, na vida líquida moderna descrita por Bauman (2005), a sociedade tornou-se individualista e as muralhas do indivíduo não permitem a dependência do outro para nenhuma atividade moderna, restando a academia como forma de se exercitar. Ainda segundo Bauman (2005), o culto ao corpo levou indivíduos à busca incessante pela boa forma, o que resultou em dietas e idas à academia numa guerra contra a gordura. Como mudanças nos padrões alimentares, observamos a inclusão do adoçante, que entra como forma de combate ao peso pela questão do corpo e beleza. Por fim, as mulheres participantes desta pesquisa demonstraram preocupação com o corpo e com a saúde.

Por questão de saúde, surgiram as restrições por causa das bactérias e da toxoplasmose, o que é típico do conhecimento biomédico e da modernidade, assim como houve restrição à cafeína, exposta por P5, a formas como café, Coca-Cola e mate. Para G3, que perguntou ao seu médico sobre o café, houve a recomendação de que era apenas para diminuir o consumo. Ainda sobre o que foi restrito, G2 falou sobre os chás,

por serem abortivos, sendo o mesmo dito por P5, pois o profissional que as acompanhava fez restrições a alguns tipos de chá.

Sobre a cafeína, atualmente existem discussões, na literatura científica, sobre os reais malefícios e questionamentos à restrição ao seu uso. (Pacheco et al., 2007). Os chás, por sua vez, adentram o universo tradicional como abortivos e recebem atenção da comunidade científica, ao surgirem alguns estudos que comprovam a eficácia abortiva de alguns tipos deles. (Mentz, et al., 2001). Ocorre, aqui, uma mudança de status: enquanto a cafeína tinha a comprovação, pela ciência, como prejudicial, e os chás, de uma maneira geral, eram liberados, atualmente, o contrário ocorre e alguns dos saberes populares sobre os chás penetram nos conhecimentos científicos e eles tornam-se oficialmente prejudiciais³⁵. No entanto, nos discursos dessas gestantes, não há a descrição de que tipos de chás foram proibidos, pois nem todas as plantas popularmente conhecidas como abortivas têm a comprovação científica de que o são. Não podemos afirmar se os chás proibidos foram por conhecimento científico ou tradicional, pois não houve a citação de quais foram restritos a essas mulheres.

Por fim, a proibição ao álcool foi expressa por P2 e P4, sendo que a última também relembra a recomendação ao fumo. De acordo com os discursos, a interdição de substâncias, como álcool, drogas e tabaco, não foi ressaltada pelos profissionais de saúde. Quando recomendado, foi como uma forma de retardar o parto, pelo médico de G2, na ocorrência de uma emergência durante o voo, tornando-se um evento isolado dentro de uma determinada circunstância. Já, no Quadro 8, a proibição reaparece como conhecimento próprio. A bebida alcoólica, o ato de fumar e usar drogas foram observados nos discursos de P5, P1, P4 e P3, lembrando que também foram citados por P2 (Quadro 5). As demais mulheres não mencionaram a interdição. Contudo, isso não significa um abuso dessas substâncias. Compreendemos que seja importante destacar o nível de educação e idade dessas mulheres como fator determinante na formação de opinião sobre o uso de substâncias, como álcool, drogas e tabaco. Uma das conclusões é que a falta dessas indicações nas respostas ocorreu por ser algo altamente disseminado por campanhas de massa, tanto internacionais quanto nacionais, sobre o efeito nocivo dessas substâncias no feto, ou seja, por ser considerado, no caso dessas gestantes em

35 Nem todos os chás são prejudiciais. A lista dos testados são: arruda, boldo, bucha, cipó-mil-homens, losna, melão de são caetano e poejo. (Mentz, Schenkel, & Mengue, 2001).

particular, como senso comum, esse conhecimento as levou à exclusão imediata de tais substâncias de sua dieta.

Consideramos que a geração dessas mulheres cresceu junto às campanhas de conscientização sobre a suspensão do uso de cigarro e do álcool durante a gestação, pois os conhecimentos científicos sobre os problemas decorrentes do uso e abuso dessas substâncias foram amplamente difundidos. (Olsen et al., 1989). Como exposto, no capítulo 4, seção 4.2, ainda existe o consumo do álcool e, principalmente, do tabaco por algumas gestantes, ocorrendo a omissão do uso desses por medo da coerção social, por usar algum tipo de droga durante a gestação. (Silva et al., 2010). Porém, esses hábitos foram encontrados em classes mais baixas e com menor escolaridade (Freire et al., 2009; Ribeiro et al., 2007), não sendo o caso das gestantes estudadas.

Desse modo, como no item exposto anteriormente, ocorreram outras recorrências. Ao fazermos o cruzamento de informações advindas do profissional e das entrevistadas, foi possível notar uma maior mistura entre as categorias de conhecimento próprio (Quadro 8) e recomendação profissional do que com a de tradições. As informações coletadas na categoria de recomendações profissionais (Quadro 5) se entrelaçam e são lembradas pelas mesmas gestantes ou outras no que classificamos como conhecimento próprio.

Sendo assim, quanto aos cuidados alimentares, P2 relembra o cuidado com comidas da terra mal lavadas e P1 e P2 citam, novamente, o quibe cru (carne crua). Além disso, o sushi foi mencionado por P1, G4 e P4, sendo que as duas últimas acrescentaram os queijos moles, como feta e camember (G4). Os queijos novamente aparecem como apropriados pela cultura brasileira, sendo o feta um queijo grego e o camember, de origem francesa, além de que destacam a distinção de classe, pois nem todos os brasileiros têm acesso a esses produtos ou gostam deles, e o paladar é construído dentro de questões econômicas, sociais, culturais e até históricas. (Canesqui & Garcia, 2005). O gosto distingue e determina o grupo social a que pertencemos ou do qual desejamos fazer parte. (Bleil, 1998). Nesse caso, os alimentos destacados, como não consumidos durante a gestação, são produtos que não fazem parte do alimento popular ou mesmo do cardápio de muitos brasileiros, por questão econômica, conhecimento ou gosto.

Consideramos que as mulheres participantes desta pesquisa sejam bem informadas devido ao seu nível educacional, acesso à informação, discernimento e

forma de questionamento sobre as questões tradicionais, científicas e da mídia. Encontramos um empoderamento em alguns discursos, como quando G2 ressaltou a continuidade de ingerir o peixe cru (comida japonesa), mesmo frequentando apenas um local no qual confia. Percebemos uma tomada de decisão e ação por essa gestante. A mesma informação foi mencionada por G4 e P2, ao referirem a carne crua que, se bem inspecionada e em locais de confiança, poderia ser consumida, mas que, por razões outras e forma de proteção, as duas preferiram não arriscar. Outro ponto recaiu sobre os exercícios que foram novamente lembrados. Nessa direção, P5 ressaltou que existe uma negociação entre o médico e a gestante no que pode ser feito ou não. Isso demonstra uma relação igualitária, e não hierárquica, com as recomendações médicas. Por fim, ainda sobre os exercícios, P5 e G2 falaram do cotidiano, de que se não houver um problema prévio, como no caso de G2, nada impossibilitará de continuar a realizar as atividades anteriores à gestação. Nesse caso, G2 naturalizou a gestação e afirmou o que já é muito reconhecido, isto é, que a gravidez não é (mais) uma doença, como descrito no item 1.4 deste trabalho.

Os demais conhecimentos apontados foram sobre o que é permitido durante a gestação acerca da alimentação mais saudável e/ou balanceada, com mais frutas, legumes, menos fritura, fazer exercícios moderados, como a caminhada, que foram aqui discutidos nas transformações alimentares no Brasil.

Dois pontos de destaque ocorrem nas falas de G2, que trabalha com o senso comum sobre os alimentos passados a partir do leite, como a cafeína e coisas ácidas e condimentadas, mas não os eliminando da dieta, apenas diminuindo. Percebemos isso como uma forma de conhecimento próprio incumbido dentro do espaço popular e que remete ao cuidado e ao ato de proteção das formas tradicionais. Como exposto anteriormente, a afirmação de G2 corrobora a ideia de o senso comum ser persuasivo e não necessitar de discussão, sendo este um conhecimento que ela possui. O segundo ocorre quando P4 menciona a proibição ao café, ao peixe cru e ao queijo feta como forma de proteção, cujas informações, como exposto no Quadro 9, surgiram de pesquisas na internet em sites brasileiros, resultando num empoderamento “cultural”. No caso, P4 afirmou ter pesquisado na internet e decidido não consumir esse tipo de alimentos devido à informação que encontrou nos sites sobre tais produtos. Essa parturiente utilizou a internet para pesquisar questões referentes à cafeína, ao peixe cru e aos queijos moles, quando não houve ressalvas do médico e parteira que a

acompanhavam na Noruega, adentrando na questão cultural. Assim, a restrição ao café surge em artigos científicos, passa a ser recomendação médica e incorpora-se ao senso comum brasileiro. Mesmo perdendo seu status de maléfico dentro da comunidade científica, o café ainda é popularmente proibido e reproduzido dentro de comunidades de gestantes brasileiras, em alguns sites dedicados à gestação, como exposto por P4, com recomendação e consequente exclusão da cafeína durante a gravidez.

A internet foi um dos canais de informação utilizados (Quadro 9), porém os médicos também surgem como forma frequente de retirar dúvidas, como exposto por P1, G2, P5 e P3. A internet aparece como maneira de confirmar ou negar as indicações recebidas, tanto dos médicos como de outras pessoas. No caso de P5, as recomendações do profissional de saúde foram suficientes. Essa parturiente relatou a ida à palestra como forma de pesquisa, mas considerou que, no final, as informações eram semelhantes ao que já havia visto com sua nutricionista e iguais às coletadas online. O mesmo foi demonstrado por P3, que afirma que a pesquisa na internet resultou no mesmo que havia ouvido da médica. G2 utilizou, frequentemente, os recursos da internet como forma de tirar suas dúvidas e também contestar opiniões e conhecimentos de terceiros, enquanto P2 afirmou que utilizou a internet e livros como forma de conhecimento. Na situação exibida por P1, houve a consulta à internet e ao médico, que possibilitou que refletisse sobre a heterogeneidade e a falta de sincronização das informações existentes e que afirmasse que devemos acreditar naquilo que desejamos. Como forma de obter a informação, usou os meios de comunicação, a internet e também o médico, para esclarecer dúvidas. Em seu discurso, P1 dissocia a internet como tipo de mídia. Compreendemos que por esta última fornecer mais possibilidades e dados do que os meios de comunicação tradicionais que ainda decidem quais opiniões e conhecimentos devem ser difundidos e ocultam o restante. (Moles, 1967).

Por fim, G3 afirmou que teve seu corpo como forma de conhecimento e que, em respeito a ele, modificou o que achou necessário. Por este motivo, G3 também negou o auxílio profissional em alimentação (Quadro 7), pois, caso não houvesse problema prévio de saúde, não seria tão importante. Mostra que as suas informações e seus conhecimento são suficientes como forma de avaliar o que é o melhor para ela e para o seu filho(a). Acreditamos que reafirma o empoderamento existente nos discursos dessas mulheres, ao decidir e entender que tem o poder de negar e escolher com base em conhecimentos, sendo eles científicos, tradicionais ou próprios.

Porém, a assistência do profissional como forma de conhecimento não foi esquecida. Assim, quando questionadas sobre a importância (Quadro 7) do acompanhamento profissional, P1, P5, P4 e G4 não descartaram o valor do profissional no esclarecimento de dúvidas e auxílio no controle de peso. P1 relatou que, ao ouvir distintas opiniões e conselhos, procurou os profissionais de saúde como representantes mais aptos a esclarecer suas dúvidas, P5 mencionou a importância desses profissionais na questão do controle de peso e de balancear a alimentação e G4 afirmou que a opinião da médica era satisfatória, mas, se ocorresse um aumento de peso, procuraria um profissional especializado em nutrição.

Encontramos outra forma de empoderamento na fala de G2 sobre a importância do acompanhamento profissional, especificamente para alimentação (Quadro 7). Essa gestante reflete sobre o valor do aprendizado nutricional que teve antes da gestação e conclui que o acompanhamento nutricional anterior à gestação gerou um conhecimento adquirido e que foi o suficiente para levar a gestação sem o nutricionista. Cremos que se empodera ao receber o conhecimento nutricional que levará para vida.

Outro fator surgiu no discurso de P1, que salientou a tendência humanizada da médica que a acompanhava e um companheirismo nas decisões tomadas durante a gestação. Demonstra, assim, a confiança depositada na maneira como os cuidados da gestação foram direcionados pela médica, pois o parto é um momento que deve ser humanizado e a mulher empoderada sendo respeitada na escolha de onde e como parir. P1 também traz a informação de profissionais que anunciam antecipadamente a realização da cesariana, aumentando o que chamamos de cesariana desnecessária. No Brasil, a alta recorrência desse tipo de cesária resultou num dos objetivos do PNPM para os anos de 2013 a 2015, justamente para diminuir essas ocorrências, ou seja, “[...] Reduzir o número de cesáreas desnecessárias e de procedimentos desnecessários que comprometam a integridade física das mulheres e causem riscos à sua saúde.” (Brasil, 2013 p. 32).

Ainda sobre o empoderamento, ao perguntarmos se seguiam alguma dieta durante a gestação, as mulheres participantes desta pesquisa demonstraram um empoderamento (Quadro 10), que também foi percebido nas respostas ao questionário, (item 5.1; quadros 1 e 2).

O empoderamento nas decisões tomadas foi demonstrado por G3 que, além de ignorar a dieta proposta por dois obstetras, demonstrou uma coragem que muitas

mulheres não têm, que foi de mudar seu médico no meio da gestação por discordar de suas recomendações. Trocar de médico durante a gestação acarreta muitos medos e inseguranças, o que leva muitas gestantes, mesmo que discordando de algumas decisões e opiniões do médico, a aceitar e permanecer aos seus cuidados. Nesse caso, foi apenas a dieta que fez G3 mudar de profissional, mas, em muitos casos, o que entra em jogo é a forma de parir, o que resulta na omissão do empoderamento feminino perante a decisão unilateral de uma cesariana.³⁶ Ainda sobre a dieta, G3 novamente afirmou a falta de tempo como fator para não seguir, assim como retomou a ideia de autoconhecimento, pois sabe de que seu corpo necessita e que vai além das recomendações dos médicos. Resultou numa boa gestação sem seguir alguma dieta específica, afirmando o seu empoderamento perante as decisões gestacionais sobre o seu corpo.

O mesmo foi percebido nos discursos de G2, que reafirma que não realizou o acompanhamento nutricional durante a gestação por conhecer o seu corpo e ter recebido as informações necessárias para seguir sem nutricionista. Novamente demonstrou uma adoção de hábitos além do tradicional, ao mencionar o problema de engordar durante os primeiros meses de gestação, que vai ao encontro da teoria de Bueno et al. (2011), para quem o ganho de peso durante a gestação normalmente não é perdido, recomendando um controle durante a gravidez para não afetar a saúde materna nem a do feto. Uma das explicações para essa ocorrência aparece nos estudos de Pena et al. (2010), que partem do princípio de que o descontrole na gestação é causado pela liberdade que a mulher adquire de comer tudo o que deseja e sair das dietas que habitualmente realiza a vida toda.

O descontrole alimentar durante a gestação não foi percebido nos discursos de G1, G2, G3 e G4, que evidenciam a preocupação com a própria saúde e a do bebê, além das modificações alimentares encontradas. Igualmente não percebemos esse descontrole nas falas de P2 e P1, que mantiveram a dieta nutricional durante a gestação e que só depois retomaram alguns costumes alimentares. Uma das mudanças se refere ao horário de comer, conforme expôs P2, que eliminou, depois da gestação, o lanche da manhã e retornou ao horário de comer culturalmente estabelecido em nossa sociedade. Da mesma forma, não observamos, no discurso de G4, que, apesar de afirmar que não

36 Referimo-nos aos casos de abuso de poder, como descrito no documento PNPM 2013-2015. (Brasil, 2013). Acreditamos que o advento da cirurgia cesária veio para salvar vidas e não, tempo.

seguia alguma dieta específica, comia a cada 3 horas, reproduzindo o ideal nutricional de horas alimentares.³⁷

Em conclusão, mesmo com o retorno de alguns hábitos, outros foram apreendidos, e essas gestantes levarão para vida, como exposto por P2 e P1, o que aprenderam e continuam com alguns dos hábitos alimentares adotados durante a gestação. O empoderamento surge em suas falas, pois são conhecimentos que essas gestantes receberam e que presentemente permanece na hora de decidir, escolher e questionar.

Conclusão primeira classificação

As três formas de saber (tradição, profissional da saúde e conhecimento próprio) transitam concomitantemente no mundo de hoje e surgem, nesta pesquisa, por meio dos discursos das gestantes e parturientes entrevistadas. A tradição não foi muito destacada pelas mulheres pesquisadas, possivelmente, devido aos seus níveis de conhecimento e informação. Ressaltamos que o perfil socioeconômico e as informações encontradas nas entrevistas demonstram que essas mulheres fazem parte de um estrato social acima do que classificamos como popular.

De acordo com a literatura, a tradição é comumente observada em setores da população mais pobres e/ou com menor nível educacional. Mas não significa que seja inexistente. Como evidenciado na parte teórica deste trabalho, no Brasil, em determinadas regiões e populações, ainda existem tradições sobre a gestação que são popularmente difundidas. Os conhecimentos populares destacados no corpo deste trabalho são, aqui, ignorados, e as entrevistadas demonstraram um conhecimento e prudência, havendo, ainda, saberes tradicionais que permeiam a vida dessas mulheres, independente de serem descartados ou creditados. Apesar da categoria tradição não receber uma maior consideração junto às entrevistadas, essa ainda aparece, no Brasil, como fonte de informação e de condutas a serem seguidas durante a gravidez e devem ser consideradas nas políticas públicas, pois existe um simbolismo para essas práticas permanecerem em nossa sociedade.

Já, a opinião do profissional de saúde possui um peso importante em nossas vidas, ao prescrever um parecer quase que indiscutível, sendo possível, muitas vezes, dizer que essa opinião é comprovada cientificamente, pois, afinal, esse é um

37 Tema abordado na próxima classificação.

profissional embasado nas descobertas científicas e foi dessa maneira que disciplinou corpos (Foucault, 1975). Percebemos isso em alguns trechos e na importância relatada sobre as informações do profissional de saúde, tanto pelas entrevistadas quanto nos dados do questionário. Contudo, nos esquecemos de que esses profissionais também são seres culturais e sociais e que muito do que acreditam está calcado na ciência e também na cultura. Todos somos seres culturais e sociais e todos os aspectos de conhecimento se entrelaçam e criam uma forma de saber. Sendo assim, segundo Camargo Jr. (2003), o médico detém todas as verdades e muitas das que ele conhece começam a mudar, como a questão da cafeína e dos chás, assim abrindo uma brecha para outras formas de conhecimentos e decisões que são facilitadas com o uso da internet.

Por fim, a opinião do médico foi considerada importante, tanto no questionário quanto nas entrevistas, mas não foi a única procurada ou mesmo aceita por essas gestantes e parturientes. O médico permanece como agente influenciador, mas não é o único, perdendo a autoridade total sobre a paciente. Nesse caso, concorrem com informações retiradas da internet e com o conhecimento próprio, como no caso de G3, de respeitar o seu corpo e mudar de obstetra, e de P5, que, mesmo sem ter a proibição do médico que a acompanhava, pesquisou e decidiu retirar o café de sua dieta. Essas mulheres tiveram o auxílio da internet como formadora de opinião e decisão.

Creemos que o uso da internet, como fonte de informação e conhecimento, cria uma maior independência e empoderamento. O advento da internet permite uma maior expansão no que acreditar e aceitar como parte do conhecimento próprio. A internet tornou-se um meio de comunicação de massa mais dinâmico e democrático. Como exposto por P1, há diferentes fontes de informação, e a internet pode promover e auxiliar na difusão de diversas opiniões.

Percebemos o empoderamento como uma forma de autonomia, informação, conhecimento, questionamento e controle das decisões tomadas. Finalmente, consideramos que as entrevistadas sejam mulheres empoderadas, pois demonstram capacidade de entender, escolher e afirmar suas posições e conhecimentos, sendo eles advindos da cultura, do social, da ciência, de médicos ou do próprio corpo.

6.2 Segunda classificação: rótulos, tabela nutricional, mudanças alimentares, motivos e alimentação saudável

A gravidez acarreta algumas mudanças e preocupações. Uma delas ocorre no espaço alimentar. A partir dos dados encontrados nas pesquisas bibliográficas, nos perguntamos quais eram as preocupações das mulheres perante a alimentação antes e durante a gestação, quais foram as mudanças impostas ou decididas por elas nesse período da gestação e quais foram os motivos dessas mudanças, além de tentar entender quais são os entendimentos em questões de nutrição e qual a importância classificada por elas sobre essas informações.

Dividimos a segunda classificação – rótulos, tabela nutricional, mudanças alimentares, motivos e alimentação saudável – em três partes. A primeira compreende **mudanças alimentares e motivos** (6.2.1), conforme expomos no Quadro 11, o qual retrata as **mudanças alimentares** durante o período gravídico, e no Quadro 12, sobre os **motivos** para tais mudanças alimentares. A segunda parte envolve o conhecimento sobre **rótulos, tabela nutricional e orgânicos** (6.2.2), conforme apresentado no quadros 13, 13.1 e 13.2, sobre os **rótulos**, no Quadro 14, sobre a **tabela nutricional** e, nos quadros 15 e 15.1, sobre os **alimentos orgânicos e naturais**. Na terceira e última parte, **alimentação saudável, equilibrada e vida saudável** (6.2.3), apresentamos, nos quadros 16 e 16.1, sobre **alimentação saudável**; no Quadro 17, sobre **alimentação equilibrada**; e, no Quadro 18, a opinião delas sobre **alimentação e vida saudável**.

6.2.1 Primeira parte: mudanças alimentares e motivos

No Quadro 11, encontram-se os discursos das gestantes e parturientes sobre mudanças alimentares na gestação e, no Quadro 12, os motivos que as levaram a essas mudanças.

Quadro 11. Mudanças alimentares

P5	O que eu tento fazer, porque estou sempre acima do peso, tento fazer uma alimentação mais saudável. Então café da manhã, lanche, almoço, lanche e jantar e as vezes a ceia. Ai durante a gravidez eu mantive o mesmo esquema. (...) mantive basicamente a mesma dieta que eu já fazia antes-
G3	Antes: café da manhã: muito café (preto) pão e bolo; Almoço: comia muito pouco, as vezes era substituído por lanches por causa da correria diária e janta sempre pesada: massa, carnes e lanches. Tive que mudar bastante, esqueci de dizer que diminui o consumo do café e hoje almoço todos os dias com carnes brancas. (...) aumentei muito o consumo de frutas, e ovo.
P1	Antes eu não tomava café da manhã, aí só comia no horário do almoço. Não tinha uma quantidade de refeições regradas durante o dia e quando eu comecei a ter acompanhamento da nutricionista, ela pediu para eu começar a dividir e não ficar muito tempo sem comer.

	<p>Então a cada duas horas eu estava comendo, daí eu comia barra de cereal, comia fruta, legumes. Tinha uma refeição bem controlada durante o almoço. Não jantava mas tinha uma refeição no final da tarde.(...) Começando pelo café da manhã, eu comecei a tomar aqueles lactobacilos vivos, tipo Yakult, Danoninho justamente porque eu tinha muito problema intestinal e ela (nutricionista) me disse para eu tomar durante o jejum, antes do café da manhã tomar dois daqueles potinhos. Durante a manhã eu comia pão integral, normalmente, antes eu comia pão branco. Tomava iogurte de manhã, parei de consumir leite e durante o almoço comecei a consumir bastante salada, legumes, verduras. Que era uma coisa que eu não consumia antes, e a tarde comia bastante fruta, barrinha de cereal que também era um coisa que não comia antes. Tomava bastante suco, suco natural não aqueles que compra pronto. Foi uma mudança bem radical mas que agora voltou tudo ao normal que eu não consegui manter do jeito que era antes.(...) Mas, tem algumas coisas que acabei levando para vida, né. Que nem refrigerante já não tomo com a frequência que tomava antes de engravidar.</p>
G2	<p>No café da manhã geralmente eu como fruta, porque é o que não me dá indigestão então eu geralmente vario as frutas então normalmente eu uso três tipos de frutas. Pego uma banana, um mamão e uma laranja. Ou mamão, maçã e uma pera. Três frutas que eu tenho na geladeira eu geralmente uso e aí eu coloco bastante aveia porque eu tenho intestino preso. E a gravidez piora o funcionamento do intestino então eu coloco bastante aveia, farinha de linhaça estabilizada e um pouco de mel. Aí as 10h mais ou menos eu como alguma coisinha, geralmente uma xícara de café que eu estou estudando para dar aquela acordada e uma bolachinha integral uma dessas club social. No almoço eu tenho um hábito um pouco peculiar que antes do almoço eu tomo por volta 300ml eu chamo de suco verde, neste suco eu coloco de tudo que tem de verdura que tem na geladeira. Então couve, acerola, espinafre, tomate, fruta e verdura o que tem eu bato e bebo. Sem açúcar e sem nada. Eu já tomava antes da gravidez e a nutricionista me deu algumas dicas sempre misturas frutas com folha verde escura porque o ferro precisa da vitamina C para ser absorvido. E nunca consumir nada a base de cafeína junto com esse suco porque ela impede absorção do ferro. Então esta precaução eu tomo. Aí eu tomo esse suco verde e depois eu como normalmente. Tem dia que é arroz integral, tem dia que é arroz branco. O meu consumo de carne é bem pequeno, acho que menos de 100g por dia. Isso, geralmente é um carboidrato, uma proteína e alguma salada que eu faço só para mim como um tomate ou um alface. Não como sobremesa, não sou do doce. Aí antes de ir para faculdade é a minha janta, então eu como fruta normalmente e eu faço essa mistura de fruta novamente ou eu faço um misto quente usando pão integral, geralmente, queijo branco e como. E aí eu vou para faculdade e só volto a noite e quando eu volto eu como uma fruta. É o que não me pesa no estomago.</p>
P2	<p>café da manhã: 1 copo de nescau ou batida de fruta (banana ou mamão), raramente eu comia algo, de vez em quando um pão. Almoço: arroz, feijão, carne (bovina, frango ou peixe), salada (alface, rúcula e cenoura) / as vezes macarrão ou outra massa. Lanche: pão, fruta ou bolacha. Jantar: sobra do almoço. (na gestação) café da manhã: tirei o Nescau e passei a tomar só batida ou suco (um com abacaxi e couve que minha nutricionista passou) e comer ovo e/ou pão. Almoço: aumentei a quantidade por causa da fome, mas continuei basicamente comendo a mesma coisa, só adicionei espinafre e couve refogados, agrião de vez em quando e troquei o arroz e macarrão por integrais, também passei a comer mais peixe que o normal (principalmente salmão). Lanche: fruta e/ou pão (cortei bolacha). E, jantar: sobra do almoço e ainda fazia um lanche de fruta a noite ou mais salada, senão acordava com fome de madrugada</p>
P4	<p>Eu como pouco, várias vezes ao dia então como 5 a 6 vezes por dia. Eu tento comer comida mais saudável, eu também evito comer salgadinho, também não tomo muito refrigerante, eu não tomo muito café por causa da cafeína, eu acho que a minha alimentação era boa. De manhã as 7h eu como ou um cereal ou um misto quente com café. 9:30 da manhã talvez algumas bolachas, não bolacha recheada, mas integral ou alguma coisa do gênero ou uma</p>

	fruta. Na hora do almoço as 11:30 eu como prato quente que tenha na cantina do trabalho. Então sempre vai ser uma carboidrato, uma proteína e verdura. As 14h eu como um sanduiche, as 17h eu janto e daí de novo comida com proteína, carboidrato e salada(...) Depois antes de dormir eu como cereal com leite.(na gestação) Eu resolvi comer um pouquinho mais para engordar um pouco. Eu comia ainda mais frequente, no segundo e terceiro mês eu tinha muita fome então eu sempre tinha um saquinho com castanhas, amendoim que eu ficava comendo de tempos em tempos mais pela manhã. Então eu estava sempre comendo alguma coisa e a noite eu também comia mais do que o normal. Eu sentia muita fome e a minha barriga parecia que nunca estava satisfeita. Eu comecei a comer um pouco mais de doces, tipo sorvete ou chocolate.
P3	Eu sempre fazia essas três refeições e por exemplo fruta eu comia mais na gravidez. Eu não sou muito de comer fruta e salada, mas na gravidez eu procurei sempre comer melhor.

Quadro 12. Motivos

P1	Quando eu descobri a gestação eu fiz acompanhamento com uma nutricionista então mudou completamente a alimentação (...) Mas foi bem acompanhado, assim, teve uma limitação porque eu tive principio de diabetes gestacional então foi bem controlado.
G2	Como a minha gravidez foi planejada então fiz uma dieta com acompanhamento nutricional antes de engravidar, porque eu tinha muito medo de engordar na gravidez. De engordar mais do que precisa, claro. Aí eu fiz um acompanhamento, procurei uma nutricionista e falei para ela que eu tinha interesse em engravidar e que eu queria vê se eu precisava perder peso. Então ela fez todo estudos do meu corpo, do meu índice de gordura e tudo e viu que eu precisava perder entre 3 e 4 kg. Eu fiz essa dieta perdi 3kg e engravidei. Então eu estava fazendo esta dieta antes, mas eu sempre tive uma alimentação muito boa frutas, verduras, fibras. Não sou de comer muito doce, nem gordura. Então eu sempre tive uma alimentação muito boa e na gravidez eu continuei. Na verdade eu até intensifiquei um pouco porque nos primeiros meses me dava muita indigestão. Então nos primeiros meses eu passei basicamente a base de frutas que era o que não me dava indigestão e até hoje eu como muita fruta.
P4	Depois da gravidez eu fui, mas só fui por um tempo, quando eu descobri a diabetes na gravidez. E não sei se foi um nutricionista mas eu fui num hospital onde eles me deram mais dicas de como me alimentar.
P2	Nunca tinha ido a nutricionista e nem feito dieta, mas ultimamente eu já tentava comer melhor(...) Decidi mesmo melhorar (alimentação) quando pensei em engravidar mesmo e só fui na nutricionista com uns 5 meses de gestação. Eu já tinha decidido trocar as coisas por integrais e cortar bolachas e tal, mas depois que fui na nutricionista ela passou coisas mais variadas e pediu para eu varias mais as frutas e verduras e não comer sempre as mesmas.

Análise primeira parte

As modificações realizadas pelas gestantes e parturientes durante a gestação resultaram numa alimentação mais saudável³⁸, diversificada e regrada.

Algumas das mudanças percebidas adentraram o espaço social. Uma delas foi a perda dos horários culturalmente e socialmente estabelecidos para comer. Como Garcia (2003) coloca, os horários das refeições estabelecidos em nossa sociedade são formados por café da manhã, almoço e jantar, hábito destacado por P3 e G3, enquanto as demais

³⁸ De acordo com os preceitos dos profissionais de saúde e com o que elas consideram alimentação saudável, como exposto na terceira parte.

gestantes e parturientes apresentaram uma dieta alimentar que incluía mais de quatro refeições diárias. Essa incorporação de novos hábitos alimentares é, atualmente, observada em toda sociedade, e a ciência da nutrição concebe os argumentos para essas transformações.

Em consequência dessa mudança, o formato da refeição observado nos discursos de algumas gestantes e parturientes sugere um rompimento na forma de socialização, destituindo um momento onde há trocas simbólicas. Uma das formas de desaparecimento surge no discurso de G3 que substituíu o almoço e, às vezes, o jantar, por um lanche rápido, e de G2, ao trocar o jantar por um misto quente (lanche), que também foi percebido na fala de P1, que aparentava não ter regras fixas em seus horários para comer e ainda “pulava” o café da manhã. Hernández (2005) afirma que, ao não seguir as horas estabelecidas em nossa sociedade ocorre uma desritualização das refeições e que igualmente ocorrem pela inclusão dos lanches como forma de refeição, pois são mais rápidos, podem ser comidos em qualquer local, sem participar dos atos simbólicos. Assim, cria-se uma nova configuração de horários sociais, que permite uma ação individual no ato de comer, pois gera a possibilidade de pequenos lanches entre as refeições e esses podem ser realizados sozinhos.

Além da questão social, a mudança também é cultural, quando os horários socialmente construídos retornam ao biologicamente constituído, pois a nutrição afirma que o corpo necessita comer mais vezes e em menores porções para manter o peso e/ou emagrecer, por fim reproduzindo novos hábitos culturais. Uma das comprovações de a hora de comer ser cultural aparece no horário de jantar de P4, que reside na Noruega, onde o jantar é instituído às 17h, enquanto, para os brasileiros residentes no Brasil, a hora do jantar varia entre 19h e 21h. Neste sentido, outra mudança percebida foram os lanches (manhã e tarde) e a ceia, que foi de uso frequente nos discursos analisados, como destacado por P2, G2, P5 e P4, e que faz parte dos novos valores dietéticos cada vez mais comuns em nossa sociedade. No caso, P5 continuou a seguir uma dieta dada por sua nutricionista, que determinava 6 refeições diárias. O mesmo foi visto nas mudanças realizadas por P1 que, pela dieta de sua nutricionista, comia de duas em duas horas.

Pelo fato exposto, concluímos que as entrevistadas adotaram uma outra configuração de alimentação, focada nas orientações médicas, as quais prevalecem sobre as culturais, sendo que as regras dos horários alimentares foram definidas pela

dieta. Isso porque, mesmo nos casos de G2 e P4, que afirmaram já seguir uma dieta de mais de 4 refeições diárias anteriormente à gestação e aparentemente com a ajuda profissional, percebemos um conhecimento nutricional dessas mulheres. Segundo G2, as dicas da nutricionista foram em torno da vitamina C, de sua batida diária, e P4 foi apenas orientada quanto ao alimentos no hospital, quando foi diagnosticado o princípio de diabetes gestacional. Ambas aparentam possuir uma informação nutricional prévia, que pode ter vindo de outros meios de conhecimento, como revista, jornal, televisão e internet, pois, além do comportamento de adoção dos lanches entre as refeições, citam o entendimento de dados nutricionais, como carboidrato e proteína, creditando um conhecimento precedente sobre nutrição.

Para P5, as refeições distribuídas desta maneira criam uma ideia de serem mais saudáveis, pois afirma que tenta fazer uma alimentação saudável e as divide em: café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e, às vezes, ceia. Outro padrão instigado foi do snack saudável, o qual, como Bleil (1998) declara, adentrou a dieta moderna como forma de distrair a fome, substituir ou mesmo atrasar uma refeição. Nesse caso, são transformados em snacks saudáveis ou ditos saudáveis. Por exemplo, P1 afirmou que comia fruta e barra de cereal e G2, que comia Club Social, enquanto P2 tomava suco, comia frutas ou castanhas e P4 igualmente comia castanhas, amendoim, frutas ou bolachas integrais. Destacamos que as frutas, as castanhas, o amendoim e o suco natural são alimentos mais saudáveis e que produtos, como a barra de cereal, o biscoito Club Social e mesmo as bolachas integrais, fazem parte de alimentos industrializados e, de acordo com a ciência da nutrição, não são muito saudáveis em suas composições.

Quanto às mudanças alimentares, as entrevistadas apontam para a inclusão de frutas, legumes e verduras e o aumento de carnes brancas. No discurso de G3, P3 e P1, percebemos um consumo mínimo de verduras, frutas e legumes antes da gravidez e um aumento desses durante a gestação. P2, por exemplo, aumentou a variedade de legumes em sua dieta. Outra substituição foi quanto aos alimentos integrais, dito por P1 e P2, por serem mais saudáveis. A carne branca entrou em evidência na fala de G3, enquanto P2 aumentou o consumo de peixe. Como exposto anteriormente, a carne vermelha adentra o universo brasileiro como o ideal americano de saúde e perde seu status com as novas pesquisas que comprovam os seus malefícios. Acreditamos que exista uma sugestão inconsciente à substituição pelas carnes brancas, pois essas são as que aparecem como mais saudáveis em artigos de jornais científicos e opiniões.

O exposto ratifica o que foi visto na primeira análise (item 6.1): o aumento da carne vermelha no cardápio brasileiro e a exclusão dos legumes. Sobre o legume, Bleil (1998) declara que se tornou um alimento de acompanhamento, não sendo considerado um prato principal. Entendemos que essas entrevistadas, antes da gestação, possuíam uma dieta com falta de alguns elementos nutricionais, que foi ajustada na gestação, o que nos remete a Saunders e Ramalho (2000), segundo os quais problemas nutricionais adentram as barreiras socioeconômicas, e a Baião e Deslandes (2006), para quem a questão está vinculada aos hábitos alimentares. Além das mudanças citadas, aparecem outros indicadores de hábitos considerados não tão saudáveis e que acompanham os padrões das transformações alimentares do brasileiro. No discurso de G3, por exemplo, aparece o lanche como substituto de refeições, tanto no almoço quanto no jantar, surgindo a falta de tempo como barreira para uma alimentação “tradicional”. Isso converge para a pesquisa de Bleil (1998) e Garcia (2003), a qual apontou que as mudanças alimentares, nas casas dos brasileiros, foram motivadas pela falta de tempo e facilidade no preparo dos produtos quase prontos e que resultam numa população com uma alimentação mais pobre em nutrientes. A inclusão de refrigerantes, pães e iogurtes é trabalhada por Schlindwein e Kassouf (2007), que certificam a inclusão desses nas casas de muitos brasileiros. A nutricionista de P1 recomendou comer iogurte, enquanto o pão é recorrente em alguns relatos, como nos de P1, G2, P2 e P4. Outros produtos lembrados foram o refrigerante, por P1 e P4, que relataram a diminuição do consumo na gestação, enquanto P2 retirou o Nescau e bolachas. Esses produtos, que foram naturalizados em nossas mesas, segundo os autores supracitados, evidenciam as mudanças na alimentação. Outro produto que sugere uma possível transformação foi o feijão, que foi citado apenas por P2, abrindo duas possibilidades: a exclusão desse na mesa dessas mulheres ou o seu enraizamento, o que proporciona o esquecimento. São duas formas contrárias de interpretar o não dito, pois se, por um lado, muitas das dietas alimentares excluem o feijão por se calórico, o que pode resultar na supressão desse, do outro, essas mulheres tentavam contar sobre as mudanças alimentares que realizaram durante a gestação e que pode ter levado, por esquecimento, a omitir alguns produtos que permaneceram em suas dietas.

Por fim, a cafeína aparece em 3 discursos: enquanto G3 diminuiu a cafeína de seu cardápio, P4 evitou e G2 continuou seu consumo normalmente. Como exposto, faz alguns anos que a cafeína começou a ser questionada como maléfica e a real

necessidade da recomendação de excluir da dieta de uma gestante. De qualquer maneira, as alterações individuais evidenciam um cuidado dessas mulheres durante a gestação.

As transformações alimentares realizadas por essas gestantes e parturientes ratificam a teoria de Azevedo (2004) de que, na gestação, a mulher procura ter mais cautela com o corpo e a alimentação, como explícito na fala de P3, que afirmou ter tido uma preocupação maior com sua alimentação por causa da gestação. As ações de atenção à saúde materna, como as tomadas pelas mulheres pesquisadas, são preconizadas pela OMS, e algumas das recomendações do cuidado materno podem ser encontradas nos documentos da OMS voltados à gestação e dieta (1996 e 2004), como, por exemplo, a importância da saúde materna antes, durante e depois da gestação. (OMS, 2004). Esses cuidados produzem resultados positivos, como os apresentados na pesquisa de Belarmino et al. (2009), que trabalharam com estudos experimentais sobre a influência da nutrição materna e como essa pode afetar o feto, tanto positivamente quanto negativamente, pois, de tal maneira, o baixo peso quanto o excesso de peso da gestante pode trazer problemas para mãe e filho.

Sendo assim, o cuidado com o peso pode ser estético, mas também tem uma parcela de preocupação com a saúde. Afinal, essas mulheres modificaram suas dietas ao incluírem e excluírem diversos produtos alimentares pensando na gestação. Todavia, isso não representa a eliminação da preocupação com o corpo. Apareceu, nas falas de P4, G3, G2 e P4, que adentram a próxima categoria, os motivos que as levaram a escolher ou não o acompanhamento nutricional antes e/ou durante a gestação. Nesse sentido, percebemos que o peso antes da gestação já era uma preocupação de P5 e que continuou a mesma dieta alimentar que seguia, enquanto G2 e P2, ao começarem a planejar a gravidez, decidiram comer melhor. Sendo assim, as mudanças alimentares de P2 iniciaram antes de procurar uma nutricionista, que foi contatada apenas no meio da gestação e que resultou em outras alterações em sua dieta, diferente de G2 que decidiu procurar um nutricionista antes da gravidez, pois não desejava engordar mais do que o necessário, ao contrário, por sua vez, de P4, cuja vontade de engordar a induziu a comer mais e mais doces.

Conclusão primeira parte

Atualmente, a alimentação tornou-se um tema bastante discutido. Nesta dissertação, expusemos duas linhas de pensamento. A primeira deriva da preocupação

individual com as questões de estética, como exposto por Bauman (2005), sendo essa uma medida para afirmar identidade ou, pelo viés de Lipovestsky (1994), ainda individualista, impulsionada pelo desejo de seguir uma alimentação saudável com a finalidade de ter saúde e, conseqüentemente, atingir a longevidade.

A segunda linha abarca o campo social e público, no qual a discussão adentra as políticas públicas e debate problemas relacionados a má alimentação. Um deles, discutidos na parte teórica deste trabalho, foi a obesidade, que se converteu numa preocupação quase que mundial e que abarca todas as faixas etárias (Bleil, 1998). Não é diferente no Brasil, onde a obesidade é considerada uma epidemia que atinge todas as idades. (Bueno et al., 2011). A preocupação aumenta na idade reprodutiva feminina, pois, em uma gestante, o excesso de peso pode originar problemas de saúde para ela e para o feto, além de implicar numa maior probabilidade de dificuldades na hora do parto. (Bueno et al., 2011).

No caso dessas gestantes e parturientes, a segunda linha de pensamento não aparece como problema. A obesidade não aparenta ser um problema para nenhuma delas, o que nos induz a acreditar que, quando relatam o cuidado estético, inserem-se na teoria de Bauman (2005), em que existe uma procura incansável pela boa forma, pois o que há é o medo de engordar. Mesmo nos casos de P1 e P2, que tiveram princípio de diabetes gestacional, essa não foi ocasionada pelo excesso de peso, pois P2 aumentou o consumo de doces por desejar engordar e ambas não chegaram a desenvolver a diabetes, que apenas as fez mais cientes do que comer e as restringiu de alguns alimentos.

Por fim, concluímos que, ao mesmo tempo em que o estético apareceu nas falas dessas mulheres, também surgiu a preocupação com a saúde do feto nas mudanças relatadas anteriores e durante a gestação.

6.2.2 Segunda parte: rótulos, tabela nutricional e orgânicos

Quanto aos conhecimentos, perguntamos sobre os rótulos (quadros 13, 13.1 e 13.2), tabela nutricional (Quadro 14) e sobre a importância na avaliação destas mulheres, do entendimento e conhecimento sobre esses fatores nutricionais, assim como a definição de alimentos orgânicos e naturais (Quadro 15) e se utilizavam e a razão para esse consumo (Quadro 15.1).

Quadro 13. Rótulos. Observa os rótulos?

P1	Não, só a validade.
----	---------------------

P5	Comecei a olhar depois que eu participei de um grupo de obesidade. Que era exatamente isso que aprendia com a nutricionista que tinha no grupo. Porque tinha uma nutricionista e uma psicóloga e ela ensinou para a gente exatamente isso, para ver quantidade de sódio, de calorias, de fibras e começar a escolher não só pelo preço, mas pela qualidade. Ai eu comecei a atentar para esses fatos. Isso foi há dois anos atrás e foi quando eu comecei o acompanhamento nutricional que eu faço até hoje.
G3	Não, só o básico o vencimento. Por falta de tempo e de compreensão mesmo. Olho o básico quantidade de sódio e gordura, carne vermelha que tento saber a origem, pois evito comer carne que vem do norte do país por questões ideológicas, não por saúde, assim como o consumo de palmito. Mas consumo o que tenho vontade mesmo, se vou comprar um alimento que já industrializado já sei que não é tão saudável assim, então não fico tanto na paranoia de rótulos.
G2	Olho e já me vi surpresa com várias situações. As vezes você pega um produto que está escrito que é um produto light e você vê o percentual de sódio que ele tem é muito maior do que o produto normal. Então várias vezes eu olho, aprendi a olhar a quantidade calórica. Eu olho basicamente a quantidade calórica, a quantidade de sódio, eu regulo em casa eu uso sal light, e olho as vitaminas, mas é difícil achar produtos que você compra no mercado que tem as vitaminas especificadas. Por exemplo, eu não checo o rótulo de todos os produtos, mas por exemplo eu vou comprar uma linhaça e aí tem a linhaça dourada, linhaça preta, linhaça marrom. Então para fazer essa comparação eu geralmente olho o rótulo para ver a diferença entre elas e ver qual que eu acho melhor levar. As vezes a diferença de preço não compensa o percentual de ômega 6 ou 3 que vem a mais. Então eu faço esse pequeno, mas também aqui em Manaus a necessidade de olhar o rótulo é quase impulsiva junto com a necessidade de olhar a data de vencimento. Então como é quando é muito frequente achar produto vencido, já virou compulsivo eu pego um produto olho o rótulo e olho a data de vencimento.
P2	Olho mais pra ver a validade das coisas e vejo se tem gordura trans também, se tem eu não compro
G4	Não.
P3	Não, e só olho se está vencido.
P4	Eu não fico lendo a composição, as vezes em casa a gente lê e composição mas eu vejo a data de validade. E, aqui na Noruega tem o selo de alimentos saudáveis então eu vejo aqueles selos. Todos os alimentos que eles consideram saudável eles põem este rótulo. Então quando eu estava mal com a diabetes durante a gravidez eles falaram para eu procurar esses alimentos. Tem umas carnes, a carne moída vai ter. Pães, presuntos.
G1	Olho.

Quadro 13.1. Importância de entender os rótulos

P1	Acho importante, mas eu não tenho paciência para ficar olhando. As vezes quando eu estou consumindo o alimento e não precisa ser nem alimento pode ser um shampoo ou qualquer coisa aí eu olho. Mas antes de comprar eu não costumo olhar.
P5	Acho (importante)
G3	Então o que eu considero básico sim. Se eles trouxessem informações que eu entendesse e confiasse talvez acharia mais (importante), além das letras serem muito pequenas e a questão do tempo também, sempre vou com pressa fazer compras.
G2	Acho, é aí que você aprende como calcular mais ou menos as calorias também, porque as vezes você acha que um produto é pouco calórico e quando você vai olhar o rótulo e você se assusta ou ao contrário. Eu acho que aí você aprende um pouco a saber a quantidade recomendada de cada nutriente e a quantidade calórica.
P2	Acho que sim, mas eu só olho para ver gorduras, porque o resto eu não entendo tão bem o que significa.
G4	Muito importante.
P3	Sim.
P4	Não sei. As vezes eu acho que vai ser muito complicado, talvez só o básico. Não sei se eu

	considero importante. Eu espero que quando eles colocam as comidas para vender no supermercado que a FDA tenha já feito essa triagem por mim.
G1	Sim.

Quadro 13.2. Rótulos. Tem dificuldade de entender rótulos?

P1	A descrição do que tem dos ingredientes. Tem alguns nomes que é impossível a pessoa reconhecer.
P5	Não nunca tive, porque eu sou da área da saúde então eu não tenho muita dificuldade em relação a isso. Então eu comecei a prestar atenção em coisas que não prestava atenção, entender não.
G2	O que eu acho difícil é porque geralmente eu uso o rótulo como comparação entre um produto e outro e o que eu acho difícil é que entre a quantidade do produto que serve como referência ao rótulo tem uma variação, então como eu não sou boa de matemática quando eu preciso fazer regra de três eu desisto, eu dou um chute qual que é melhor. Então isso que eu acho, porque geralmente a gente usa ou eu pelo menos uso para comparar entre um produto e outro qual é o melhor, qual que eu vou levar e aí o fato num produto ele estar usando como comparação 30g e o outro produto está usando 10g aí tem que estar multiplicando e eu perco a paciência. Mas dificuldade de compreender o rótulo, não tenho dificuldade, mas muitas coisas que eu não tenho o conhecimento aprofundado. Então separa o rótulo em vários tipos de gordura e essa é uma parte que nunca fui atrás para pesquisar então eu não sei muito bem dizer quando a gordura é trans, quando é saturada, insaturada. Eu não entendo muito bem essa divisão ali, o que é bom e o que é ruim.
P2	Só lendo algo, deixa eu ver um rótulo aqui, tipo carboidrato, eu sei que muito não parece bom, mas também é importante comer carboidrato, não sei qual a quantidade boa então não faz diferença olhar. (Gostaria de entender?) Gostaria.
P3	Tem algumas palavras que é difícil. Acho que poderia ser mais explicativo.
P4	Começam essa parte de conservante e toda a parte química eu não consigo entender nada.
G1	Algumas coisas.

Quadro 14. Tabela nutricional. Acha importante entender a tabela?

P1	Com certeza, eu não entendo.
P5	Acho muito importante.
G3	Acho que seria importante sim, mas nunca me interessei tanto em saber até porque as informações que chegam para leitura de leigos são sempre relacionadas a manter a "boa forma física". Não costumo fazer esse tipo de leitura e os textos mais técnicos sobre esse assunto também nunca me atraíram tanto, o pouco que sei é em conversas com médicos e amigos da área.
G2	Sim. Até recentemente eu descobri que o nosso consumo de carne vai muito além aqui no Brasil do que o nós temos necessidade de proteína. Então eu acho muito importante saber o quanto a gente precisa de cada classe de alimentos. E a gente não tem muito essa educação. O XXXXX mesmo acho que ele come a quantidade recomendada para semana toda em um dia só de carne. Eu acho importante saber.
P2	Acho legal, algo que acrescenta, mas não sei o quão importante é, talvez se eu entendesse bem acharia importante.
G4	Acho, mas acho difícil encontrar essas informações, com a definição. Como por exemplo a quantidade de sódio que estou com dificuldade no momento, eu não sei. Qual que é o valor exato, essa é a minha dificuldade.
P3	Sim, e não entendo.
P4	Eu acho, essa eu sempre vejo. Quando eu estou em casa no café da manhã estou sem fazer nada eu leio essa tabela.

Quadro 15. Produtos orgânicos e naturais

P1	São alimentos que não tem agrotóxico, são plantados normalmente sem nenhum tipo de
----	--

	pesticida. Tem as pestes que podem atacar o produto que o agrotóxico impede bastante de que o produto seja atacado, mas ele é criado de forma mais natural. Faz bem para o nosso organismo.(...) Naturais para mim são alimentos que não são industrializados, tipo verduras, são alimentos que não passam pela indústria, que não são empacotados, que não tem nenhum tipo de manipulação que agrida o alimento e o modifica.
P4	Os alimentos orgânicos são aqueles que não tem agrotóxicos.
G3	Tudo que não é industrial é orgânico na verdade é que muitos tem a manipulação e concentração de agrotóxico, e os naturais, não sei também defini-los, mas acredito que são os mesmo que orgânicos, não?
G2	Bom orgânicos para mim, todo mundo lembra que é um alimento livre de agrotóxicos, mas eu já dei uma olhadinha e não é só isso. O orgânico é todo o processo de produção do alimento, que envolve reciclagem da água, tratamento correto dos empregados, de acordo com os direitos trabalhistas e qualidade do trabalho. Então eu acho que o orgânico não se resume ao fato de não usar agrotóxico na produção mas todo um sistema que envolve a produção do alimento como um todo, desenvolvimento sustentável, reutilização dos recursos hídricos, bom eu acho que é isso.(...) Produtos, naturais o que seria isso? O orgânico eu sei o que é, mas produtos naturais? Será que são produtos que não são industrializados? Se fosse para chutar eu chutaria isso. Produtos natural que não é industrializado. Porque hoje em dia você tem a cebola natural e a cebola desidratada, triturada. Eu consideraria isso então eu uso produtos naturais e procuro não usar os produtos industrializados.
P2	Alimentos sem agrotóxicos ou hormônios, ou alguma outra intervenção que possa passar para o organismo, eu acho.

Quadro 15.1. Uso. Usa? Por quê?

P1	Sim, bastante alimentos orgânicos, normalmente os produtos que a gente sabe que tem bastante agrotóxico a gente compra orgânico: morango, mamão, são aqueles produtos que são mais sensíveis e a gente sabe que normalmente a permissibilidade é bem maior do que os outros e a gente acaba comprando orgânico.
P4	Não muito, eu não vou ficar procurando o alimento orgânico. (...) Eu acho que todo mundo for comer alimento orgânico, não vai ter alimento suficiente para população. Não tem como um agricultor só plantar alimento orgânico, na minha opinião porque vai a falência. Eu venho de uma cidade de agricultura no Brasil e a gente vê que tem uma praga pega já era. Então se não for por inseticida e tudo mais, eu acho que vai ser muito difícil para os agricultores se manterem e a comida vai ficar muito mais cara, então eu não sou contra alimentos não orgânicos.
G3	Os que produzo aqui, os que vendem por ai não tem como saber se realmente são. Utilizo os que planto aqui em casa (orgânicos) livres de agrotóxico.
G2	Utilizo e pago bem mais caro por eles aqui. (...) O primeiro motivo é o fato que eles não são produzidos com agrotóxico, principalmente porque eu tenho um caso de câncer na família muito jovem, minha mãe teve câncer com 42 anos e a família toda tem um histórico de câncer então foi uma opção minha evitar de todas as formas substância que potencialmente poderiam causar câncer. Então mais por questões de evitar doenças e ter uma alimentação mais saudável, mas também, um pouquinho a mais sabendo, não sei se é verdade que quando tem o selo de orgânico é uma produção que respeita o direito trabalhistas, que tem respeito aos recursos naturais. Mas eu penso que é verdade e eu pago um pouquinho mais para isto seja incentivado.
P2	Sim! Tudo que eu consigo encontrar orgânico e que não seja absurdamente mais caro que os outros eu compro principalmente a salada, mas tomate por exemplo é muito mais caro, me recuso. Alface, rúcula, espinafre, couve, salsinha, morango, as vezes eu encontro uma ou outra coisa diferente e compro também. Mas normalmente essas, aqui em Lages não tem muita opção. (...)Porque eu sempre achei que esses elementos que utilizam para durar mais ou crescer mais acabam "matando" alguns nutrientes e deixando menos saudável, mas nunca tive comprovação disso, também penso que eles fazem até mal para organismo, não assim de um dia para o outro, mas eventualmente podem ajudar a desencadear algum tipo de doença.

G4	Para obter mais saúde, procuro utilizar, o natural é mais saudável.
P3	Não, porque são muito caros. (...) É mais ou menos a mesma coisa. É fácil falar que tem que comer muita salada, mas assim o tomate está caríssimo. Tem coisa que é muito cara para o salário que eu ganho.
P5	Infelizmente no Brasil é tudo muito caro, principalmente os alimentos orgânicos e aí volta a questão do dinheiro. Para você ter uma qualidade de vida, não estou dizendo que não pode ter qualidade de vida com pouco dinheiro. Mas você quiser aprimorar com alimentos orgânicos e essas coisas você precisa ter dinheiro. Não dá! É muito caro no Brasil.
G1	Uso alimentos orgânicos, evitando os mais industrializados

Análise segunda parte

Quanto aos conhecimentos dessas mulheres sobre rótulos, tabela nutricional e alimentos orgânicos e naturais, obtivemos respostas variadas e, por mais que tenha havido algumas mais aprofundadas, ainda surgiram dúvidas e um conhecimento limitado, o que nos faz considerar que possamos classificar como leigos sobre esses assuntos. Porém, isso não demonstra falta de informação ou procura pelas gestantes e parturientes, mas, sim, falta de interesse, talvez por nunca terem pensando profundamente sobre esses assuntos e pelo que Azevedo (2009) argumenta em seu artigo: são necessárias mais informações e informações mais acessíveis aos leigos para entenderem com o que estão lidando. Ao mesmo tempo em que a internet nos fornece todos os tipos de informações a dois cliques, também nos confunde com a imensidade de diferentes opiniões. No caso dos assuntos abordados com as participantes da pesquisa, ainda são restritos ao conhecimento especializado, não abrindo espaço ao entendimento leigo.

Sobre os rótulos (quadros 13, 13.1 e 13.2), quando questionadas se os olham quando vão às compras, P1, P2, P3 e P4 disseram que, basicamente, observam a data de vencimento, enquanto G4 afirmou não olhar. Porém, quando perguntamos sobre a importância de entender os rótulos, as mesmas mulheres, com exceção de P4, afirmaram que consideram importante. Mesmo considerando importante, P1 disse que só olha depois de consumir, por não ter paciência. Já P4 acredita que, por ser complicado, prefere confiar na triagem feita pelo órgão regulador, sem refletir nas questões de interesses e de lobbys envolvidos nos selos distribuídos por essa corporação. Para G3, a falta de tempo e a desconfiança levam a pensar se considera importante e que, se entendesse um pouco mais sobre o que está escrito, poderia ter mais interesse sobre o assunto. P2 disse ser importante e que, além da validade, repara na questão das gorduras trans e que, se tiver, não compra, ao mesmo tempo em que G2, que apresenta um

entendimento e interesse em olhar os rótulos, afirmou não entender sobre as gorduras descritas.

Sobre o que não entendem, G2 ainda coloca a não-especificação das vitaminas existentes, assim como a questão de os rótulos não possuírem as quantidades tabeladas nas mesmas quantidades, dificultando a comparação entre diferentes marcas. Ainda sobre quantidades, P2 destaca que não entende a quantidade considerada saudável de consumo de carboidratos, enquanto P1 e P4 falam de não entender alguns nomes e P3 deseja que sejam mais explicativos. Por fim, sobre os rótulos, apesar de G2 dizer que não compreende algumas coisas, afirma que não tem dificuldades, mas que falta um conhecimento aprofundando. No caso de P5, esta afirmou que, como vem da área da saúde, entende, mas não prestava atenção antes do curso. Existe uma confusão e falta de conhecimento sobre esses assuntos para que haja interesse e atenção dessas mulheres sobre os rótulos.

Ao mesmo tempo em que compreender os rótulos é relevante, a tabela nutricional foi considerada importante e, aparentemente, também faltam informações para um entendimento dessa. O mesmo problema de compreensão foi visto no Quadro 14, sobre a tabela nutricional. G4 comenta a dificuldade de entender e de encontrar informações com as definições e que também foi observada por G3, que mencionou que o que aparece em revistas é voltado ao peso e que as demais são técnicas, não acessíveis ao conhecimento leigo. Sendo assim, P1 e P3 afirmam ser importante e não entenderem e, dessa vez, P2 destaca o entendimento dela como condição de considerar importante. Por fim, G2 traz a importância e relembra o alto consumo de carne vermelha na sociedade brasileira e que não é condizente com o que a tabela nutricional preconiza. Essas afirmações contrariam a afirmação de Azevedo (2008) de que a tabela nutricional tornou-se acessível ao conhecimento cotidiano, ou seja, ainda precisamos de mais informações e campanhas sobre os valores e quantidades e, talvez, uma padronização desses para uma maior apropriação de tais conhecimentos pela população em geral. Afinal, se um dos problemas alimentares surge a partir das novas configurações de comida que consumimos, como exposto por Bleil (1998) e Garcia (2003) e descrito na análise da classificação anterior, é necessária uma maior gama de informações sobre o que comemos, em valores nutricionais, para aumentar a capacidade da população de empoderamento e, consequentemente, diminuir os problemas de saúde que são correlacionados.

Finalmente, por questões ideológicas, G3 observa a origem da carne o do palmito que consome. A mesma diz que observa a questão do sódio e gordura nos rótulos, mas sabe que não comprará algo saudável e que, então, não se preocupa tanto. O sódio também é lembrado por G2 e P5. Enquanto G2 diz que aprendeu a olhar as quantidades calóricas, P5 diz que, com o grupo de que participou, aprendeu a ver quantidade de sódio, fibras e calorias. Sendo assim, as três gestantes demonstram a preocupação com o peso ao observar esses itens nos rótulos. Por fim, G2 e P5 trazem a ideia de gastar um pouco mais ao investir na qualidade do que consomem, que também foi visto no Quadro 15.1 sobre o uso dos orgânicos por essas gestantes.

Assim, nesta pesquisa, a definição de alimentos orgânicos relatada por essas gestantes e parturientes, no geral, entra no critério de venda brasileiro sobre os orgânicos, ou seja, alimentos sem agrotóxico, como aparece no discurso de P1, P4, G2, G3 e P2. G2 demonstra, também, ter pesquisado na lei brasileira, pois reproduz os princípios destacados. Mas, como referido por Azevedo (2009), nem todos os direitos são cumpridos. Outro argumento encontra-se na fala de P1, que trabalha com o valor medicinal de fazer bem ao organismo, exposto por Vieira E. C. (2010). Esse autor trata dos valores positivos e negativos que a nossa alimentação possui e como pode implicar em nossas vidas, pois, de acordo com o que comemos, os alimentos podem ser considerados medicamentos ou venenos para nosso corpo.

Nesse ponto, o fazer bem foi um dos motivos para P1 comprar produtos orgânicos, razão de saúde que é observado no discurso de G4, que afirma usar para obter mais saúde, enquanto para G2, o comprar orgânico serve para evitar doenças. Essa gestante afirma que ter câncer em sua família e reconhecer a relação entre o uso de alimentos com aditivos químicos e a doença resultam num cuidado especial com o que consome, que também foi visto no discurso de P2, que não tem um histórico familiar, mas acredita em problemas de saúde a longo prazo e, por isso, compra alimentos orgânicos. As doenças crônicas – um dos problemas modernos que surge após as transformações alimentares e da indústria alimentícia – surgem como preocupação para essas mulheres. Essas doenças, atualmente, ganham atenção da mídia, da ciência e dos governos, pois a saúde é direito do cidadão e é o que comemos que está nos adoecendo, como exposto no documento da OMS (2004) sobre dieta, exercício físico e saúde.

No entanto, mesmo que o orgânico apareça como questão de saúde, as mulheres que afirmaram que o consumiam trouxeram a questão do preço, que foi constantemente

lembrada, pois esses produtos continuam a ter os preços mais elevados do que os demais. Sendo assim, G2, P1 e P2 relatam a compra de alguns produtos, enquanto P3 e P5 demonstram a impossibilidade de consumi-los por serem muito caros. No geral, essas gestantes fazem parte da classe média e da média alta e, mesmo nesse caso, o preço é considerado um entrave ao consumo de orgânicos, ou seja, o preço permanece como um dos fatores que dificulta a difusão dos alimentos orgânicos, o que faz com que a possibilidade de comprar pertença apenas a uma parcela mínima da sociedade brasileira.

Entretanto, para G3 e P4, o problema do consumo de orgânicos não envolve o preço. Enquanto a primeira age com desconfiança quanto ao que é vendido como orgânico, que vai ao encontro de uma das preocupações expostas no artigo de Azevedo (2009) sobre o que consumimos com selo de orgânico e quais, entre esses, realmente atingem o ideal, para P4, a questão perpassa pelo social. Nos dois casos, existe uma forma de conhecimento leigo sobre o tema e que, novamente, atinge a questão levantada por Azevedo (2009) de que os consumidores precisam de mais informação no sentido de saber, ao consumir determinado produto, o que é e qual a procedência teórica que o sustenta. Em suma, ainda falta conhecimento acessível aos leigos sobre o assunto e melhorias nas leis de classificação dos produtos advindos de uma forma diferente de produção que não a “tradicional”.

Por fim, ao mesmo tempo em que essa forma de alimentação surge como um meio de proteção, depende da questão financeira, pois nem todos podem pagar o preço mais elevado por esses itens em relação aos produzidos de forma convencional. Como exposto no discurso de P5, nos deparamos com a seguinte situação: não podemos continuar com os padrões de consumo que o modo capitalista nos conduz, mas precisamos do dinheiro gerado por esse sistema para, individualmente, tentar alcançar os novos padrões que começam a ser apresentados como forma de qualidade de vida.

Conclusão segunda parte

Rótulos, tabela nutricional, alimentos orgânicos e naturais são partes constituintes de nosso dia a dia, mas ainda indecifráveis, como demonstram as entrevistadas. A alimentação saudável descrita pela ciência da nutrição precisa ter todos os elementos da tabela e o controle de determinados elementos, como o sódio. As informações que possuímos e entendemos sobre esses elementos ainda são ínfimas e

insuficientes para termos autonomia de escolha. Mesmo que Azevedo (2008) afirme que, atualmente, os conhecimentos sobre a tabela nutricional estejam mais fáceis, não é o que aparece nas respostas das entrevistadas sobre esse tema. Acreditamos que, nesse ponto, algumas campanhas, programas de informação e cursos, como o descrito por P5, seriam interessantes como forma de empoderamento da população no que se refere à nutrição e, talvez, com os conhecimentos que Azevedo (2009) ambiciona, como informações mais completas e diversificadas sobre os alimentos orgânicos e, dessa forma, aumentar a consciência ambiental da população, pois, nessas repostas, tais alimentos não aparecem como prioridade.

6.2.3 Terceira parte: alimentação saudável, equilibrada e vida saudável

Perguntamos às gestantes e parturientes o que entendiam por alimentação saudável e se acreditavam, de acordo com o descrito por elas, que possuíam uma alimentação saudável e equilibrada, e sobre a relação entre alimentação e vida saudável (quadro 16, 16.1 e 17 e Quadro18).

Quadro 16. Alimentação saudável, percepção. O que entende por alimentação saudável?

P1	Alimentação saudável é tudo que é natural, que não tem condimento, que é uma comida viva. Parte de vegetais, arroz integral, frutas. Essa parte eu considero alimentação saudável. Esse tipo de alimentação.
P5	Comer frutas, verduras, legumes, tentar variar o cardápio. Evitar muito açúcar, muita gordura e muito carboidrato que as vezes a gente come, mas eu não como sempre. Sempre quando tem uma festinha ou alguma coisa você acaba saindo bastante dessa linha e acaba na fritura e essas coisas, mas eu acho que é você manter um equilíbrio no que você come.
G3	Alimentação equilibrada com diversidade de frutas cereais, carnes branca e vermelha numa menor proporção e o que te faz feliz sem exageros.
G2	Eu procuro ter o mínimo de alimentos industrializados, desde o tempero que eu utilizo então assim para temperar comida eu não uso prontos, procuro ter os alimentos mais integrais possível, então por mim eu só comia arroz e outros grãos integrais, eu tenho que variar. Mas, tudo que eu posso eu compro integral, pão integral, o arroz, eu misturo com outros grãos. Então eu acho que o fato de não ser industrializado é mais saudável, o fato de ser integral também é mais saudável, diminuir o açúcar também, então eu diminui consideravelmente o consumo o meu consumo de açúcar nos últimos anos. Então aqui em casa não tem açúcar branco só o açúcar demerara. Então várias coisas eu aprendi a consumir sem açúcar e o que eu consumo com açúcar e uso esse açúcar que se diz mais saudável. Deixa eu ver que mais, gordura eu evito ao máximo, não faço fritura tento sempre substituir pelo cozido ou pelo assado. Aqui em casa praticamente não se faz fritura, refrigerante não tomo, o suco procuro fazer da fruta ou da polpa no máximo. É isso, eu sempre costumo pensar assim: minha avó conhecia isso aqui? Então eu uso essa regra, o que a minha avó não conhecia eu evito. Então eu acho que quanto menos industrializado, condimentado, com corante melhor.
P2	Tentar comer principalmente coisas sem gorduras ou açúcar, se tiver, que sejam as saudáveis (presentes em frutas - como a do abacate, azeite de oliva, etc), de vez em quando comer algo que gosta mesmo que não seja tão saudável, precisa saber balancear, não da pra ficar neurótica. Eu não abri mão do chocolate, nunca gostei de refrigerante, pipoca, catchup, maionese, brigadeiro, coisas muito doces. Então não foi tão problema pra mim seguir a dieta, o que mais abri mão foi

	das gorduras, coisas fritas (que eu nem comia tanto mesmo), massas.
G4	Balanceada e equilibrada com todos os grupos de alimentos.
P3	Comer muita salada, muita fruta, comer feijão, arroz, essas coisas assim.
P4	Uma balanceamento entre carboidrato e proteína, na minha opinião.

Quadro 16.1. Tem uma alimentação saudável?

P1	Hoje em dia eu tenho consciência que não é 100%, antes (na gestação) eu me cuidava bastante agora a hora que eu tenho vontade de comer um macarrão que não seja integral eu vou lá em como, molho branco. Uma coisa que tem bastante gordura e não é tão saudável eu como.
P5	Confesso que depois que ele nasceu ficou um pouco desregulada porque eu não consigo fazer mais nada na minha vida, mas assim eu considero que eu tenho uma alimentação saudável. Eu atualmente saindo mais por causa do estresse e da ansiedade e estou comendo mais doce. Tirando esse momento eu acho que eu tenho uma alimentação balanceada.
G3	Acredito que hoje eu tenho sim. Não acho que alimentação é para controle de peso. Para mim se alimentar está associado ao prazer também. É preciso comer alimentos que te façam sentir bem e não só os considerados ricos em vitaminas e livres de gorduras x ou y.
G2	Acredito, não é o ideal. Até menos pela dificuldade com relação ao fato de eu ter que fazer comida para mim e para o XXXX que é uma pessoa que tem bastante resistência a uma alimentação que eu considero saudável. Mas, eu acredito que eu tenho uma alimentação razoavelmente saudável.
P2	Acho que sim.
G4	Acredito que eu tenho, mas sempre pode melhorar.
P3	Não, eu não como salada e nem fruta. Eu não gosto.
P4	Eu acho, as vezes eu vejo que falta verdura ou salada. Pelo menos almoço eu tento pegar mais verdura porque a noite eu não vou fazer muita salada ou não vou fazer.
G1	Sim.

Quadro 17. Alimentação equilibrada?

P1	É diversificada, mas a quantidade as porções não são muito equilibradas, eu como bastante.
P5	Tenho.
G3	Então eu julgo que sim, mas daí entra a questão o que é uma dieta equilibrada?
G2	Tenho, poderia ter mais. Pelas condições de lugar aonde eu moro, porque as frutas e as verduras que a gente consegue encontrar aqui não me permite uma variedade muito grande a um baixo custo. Então o meu consumo de fruta é grande, mas basicamente é um consumo a uma certo grupo de frutas restrito. Que são as frutas que eu encontro mais barato. São as frutas mais comuns, então talvez se eu morasse em outro lugar eu consumiria várias outras frutas que eu gosto e que aqui eu não encontro, caqui eu amo caqui, até a XXX mandou uma caixa de caqui para mim e está na geladeira. Ameixa, eu amo ameixa e aqui eu não encontro. Então eu acho que poderia ter uma alimentação mais equilibrada e balanceada, mas em virtude do local aqui para mim é um pouco mais complicado. E as verduras aqui também são um pouco mais restritas, então algumas verduras eu conheço e comeria aqui eu tenho dificuldade para encontrar.
P2	Acho que sim. Podia ser melhor, se eu seguisse direitinho (a dieta) mas eu nunca gostei de seguir dieta, só seguia bem direitinho por causa da gravidez, depois mantive o que eu achei mais importante mas eu for em algum lugar que tenha algo fora da dieta eu como sem culpa! Em casa eu tento sempre ter coisas mais saudáveis, porque se tiver bolacha, por exemplo, eu como.
G4	Não!
P3	Eu não como muito peixe, uma vez por mês, mas carne eu como bastante.
P4	Talvez, mais ou menos, eu acho que eu poderia ser melhor.
G1	Sim.

Quadro 18. Alimentos e vida saudável. Acredita que alimentos fazem parte de uma vida saudável?

P5	Acredito.
G3	Sim, alimentos que nos deixam dispostos e os que nos fazem felizes, vida saudável é ter prazer também e comer para mim é um baita prazer.
G2	Com certeza, não só fazem parte como determina a tua saúde, a tua qualidade de vida, a tua longevidade, acho que é muito importante.
P2	Sim. Alimentos são pra mim a parte mais importante de uma vida saudável, e acho que a mais difícil de manter pra maioria das pessoas (pra mim é exercício, eu odeio) mas eu vejo que a maioria das pessoas não consegue manter dieta e comer bem por muito tempo.
P1	Com certeza. Quando come uma comida mais gordurosa, mais pesada tu não tem tanta disposição, a tua respiração já muda, tu te sente mais pesada o teu corpo vai ficando mais pesado. E quando tu tem uma alimentação saudável, mais leve tu consegue ter muito mais disposição consegue caminhar, a respiração fica mais leve e não pega tanta doença.
G4	Com certeza.
P3	Sim. Para ver uma vida saudável tem que comer essas coisas que eu falei salada, fruta. Eu tento que meus filhos sejam assim, mas eu não dou exemplo.
P4	Com certeza.
G1	Sim.

Análise terceira parte

Um dos motivos para consumir alimentos sem agrotóxicos aponta o desejo de uma alimentação saudável, e o que percebemos, nos discursos, foi um cruzamento da definição nutricional, no entendimento dessas mulheres, sobre o que é uma alimentação saudável, quando descrevem suas definições (Quadro 16). Porém, ao mesmo tempo, lembram a questão de equilíbrio e felicidade. Afinal, a alimentação não serve apenas para nutrir, mas também para reproduzir normas sociais. (Bleil, 1998).

Sendo assim, as gestantes e as parturientes colocam que uma alimentação saudável deve ser mais diversificada, baseada em alimentos mais naturais (P1); sem condimentos (P1 e G2); evitar gordura (P4, P5 e G2), açúcar (P4, G2 e P5) e muito carboidrato (P5 e G2); e consumir menos alimentos industrializados (G2), mais carnes brancas e menos vermelhas (G3), assim como balancear todos os grupos de alimentos (G4 e P4). A alimentação saudável, para essas mulheres, foi correlacionada aos hábitos alimentares: entre comer menos gordura, açúcar, carboidratos, carne vermelha e comer mais legumes, saladas, frutas, etc. Esses hábitos foram descritos nas mudanças alimentares realizadas por elas durante a gestação (Quadro 11) e também percebidos nos discursos sobre recomendações médicas e o conhecimento próprio (quadros 5 e 8). A alimentação saudável, na fala de algumas entrevistadas, está vinculada ao controle e ao balanço de alimentos considerados saudáveis e à exclusão de outros, o que se constitui em uma definição mais propensa à descrição de Vieira E.C. (2010), apresentada no capítulo 4 deste trabalho, sendo essa uma visão voltada ao viés nutricional.

Existe, ainda, uma relação entre uma definição de alimentação saudável e a prática (quadros 16 e 16.1), ou seja, as grávidas não só definiram o que consideram ser uma alimentação saudável, como também disseram que a praticavam. A definição por elas apresentada do que é uma alimentação saudável e a resposta sobre se acreditavam possuir uma foi positiva, de P4, G4, P2, G2, G3 e P5, com a possibilidade de melhorar ou de voltar a ser melhor, como no caso de P5, que, com o nascimento do filho, saiu um pouco da rotina e da alimentação que considera mais saudável. Segundo essas mulheres, a alimentação saudável é focada apenas nos alimentos que devemos comer, evitar, diminuir e nos permitir alguns deslizes. Mas, quando questionadas sobre alimentação e vida saudável (Quadro 18) demonstram uma interação maior entre alimentação e outros fatores.

Segundo Azevedo (2008) e Pons (2005), não existe uma única definição do que é uma alimentação saudável, pois muito do que é dito faz parte de uma construção da ciência da nutrição e essa depende da corrente teórica que o profissional utiliza, ou seja, nesse caso, existem várias definições, o que pode ser diferente do que acreditamos e seguimos como alimentação saudável. Se nem os profissionais possuem uma única definição, por que deveríamos ter apenas uma resposta?

Sendo assim, ao mesmo tempo em que essas mulheres afirmam o que consideram ser uma alimentação saudável a partir do controle de determinados alimentos, P5, G3 e P2 dizem que deve haver um equilíbrio e a possibilidade de abrir exceções e comer o que não é tão saudável, mas que gostam e as faz felizes (Quadro 16). Os alimentos, para elas, são fonte de felicidade e prazer, relacionados aos valores de bem-estar teorizados por Bauman (2005), na alegria de comer, no sabor gourmet da modernidade. É uma nova forma de perceber o mundo, pois temos o controle e os deslizes aceitáveis. Afinal, comer também traz felicidade, e isso é importante. G3 se lembrou disso, ao dizer que comemos por prazer, e não apenas pela questão do peso ou de saúde, considerando que tem uma alimentação saudável. Por fim, coloca que a alimentação saudável está mais associada ao prazer do que ao controle. Isso novamente foi lembrado por G3, ao responder sobre se os alimentos fazem parte de uma vida saudável (Quadro 18). Nessa resposta, outros fatores que não foram ditos sobre alimentação saudável (Quadro 16) surgem como constituintes ou consequências, como as questões do corpo, bem-estar e saúde. A esse respeito, G2 fala sobre o que a alimentação pode causar na saúde, que é repetido por P2 e P1. Nesse sentido, quando a

alimentação é desregulada, pode ocorrer um problema de disposição, humor e de sentir bem, que influencia os fatores físicos e psicológicos fundamentais para manutenção de uma boa qualidade de vida.

A alimentação saudável é um conceito que está na moda, e a manutenção da saúde adentra a questão alimentar. Segundo Lipovestky (1994), a alimentação saudável é, hoje, considerada fundamental para alcançar a longevidade almejada por muitos, lembrada por G2 (Quadro 18). Além disso, os cuidados com a alimentação recebem atenção, principalmente durante a gestação, como uma forma de manter a saúde materna e a do feto. (Fowles, et al., 2010). Isso foi corroborado pelas entrevistadas, nas descrições que as gestantes e as parturientes fizeram das modificações alimentares, e que continuam a legitimar, como quando P1 responde que não tem uma alimentação saudável, mas procurou ter durante a gestação. O mesmo pode ser percebido em P3, que afirma não ter por que não gostar de alimentos que considera saudáveis, embora tenha dito (Quadro 11) que, durante a gestação, ingeriu esses alimentos.

Quanto à questão da alimentação equilibrada (Quadro 17), as repostas abrem mais possibilidades de mudanças pelas gestantes e pelas parturientes. P1 destaca que a quantidade é maior do que a considerada equilibrada, enquanto P2 trabalha com a ideia de que seguir a dieta poderia melhorar, mas que não a seguirá, como P4, que também fala que pode melhorar. Todavia, tanto P2 quanto P4 dizem que possuem uma alimentação equilibrada, enquanto G4 e P3 afirmam que não, em contraposição a P5, G1, G2 e G3, que declaram que possuem um equilíbrio no que comem. Finalmente, G3 questiona a definição de uma dieta equilibrada. Segundo essa gestante, quando desconhecemos valores nutricionais e as tabelas não são tão explicativas, como saber se temos uma alimentação equilibrada?

O problema de G2 surge devido ao local de moradia, como uma impossibilidade de diversidade de alimentos. Contudo, segundo Hernández (2005) e Azevedo (2004), a dieta monótona ocorre devido à globalização, visto que nossas dietas são restritas, iguais, globais. Um dos motivos relatados é a globalização dos alimentos e a escolha de quais serão comercializados, eliminando muitos outros de nossa dieta. Entretanto, o que comemos também faz parte do social e cultural e, como coloca G2, ela não encontra frutas e legumes de que gosta ou que conhece, levando à possibilidade de alimentos desconhecidos ou de não agradar ao paladar. Gosta de outros que não sejam típicos da região em que mora, como a ameixa e o caqui, frutos de seu gosto, status, cultura e

localidade. Canesqui e Garcia (2005); Romanelli (2006) afirmam que não nos alimentamos unicamente para suprir as faltas nutricionais, mas para reproduzir culturas, simbolismos, status, pertencimento, como forma de interação social.

Outro motivo das dietas iguais pode ser percebido pelo lado individualista, demonstrado por Bauman (2005). Existem dois tipos de livros que estão sempre no topo de vendas nos Estados Unidos: o primeiro sobre dieta, e o outro sobre culinária. A preocupação com o corpo, com a estética e com o desejo constante de ter o corpo perfeito leva a seguir dietas iguais com alimentos definidos e excluindo muitos outros, por serem gordurosos, engordativos, doces. Como coloca o autor, produzimos uma guerra contra a gordura, que, no final, nos faz viver no paradoxo de querer o corpo perfeito e o desejo de comer, encontrado nos discursos de algumas dessas gestantes no decorrer de suas respostas.

Conclusão terceira parte

Por fim, saúde, estética, classe social, mudanças alimentares, sociais e culturais definem o que essas mulheres consomem e almejam para suas vidas. Por mais que as definições surjam de um conhecimento mais nutricional, outros fatores são ressaltados no decorrer da entrevista. Se formos seguir o que é considerado uma alimentação saudável, geralmente ressaltada nos preceitos da ciência da nutrição, seria impossível, pois o que contam são os nutrientes, e não as interações sociais, culturais e todos os simbolismos que o ato de se alimentar traz para nossas vidas. Somos seres sociais e culturais, e a nossa alimentação é uma forma de demonstrarmos esses hábitos, bem como nos define como seres pertencentes a determinados grupos.

O conhecimento nutricional é importante e deve ser divulgado de forma mais acessível ao entendimento de todos, pois a importância da compreensão dos termos abordados são fundamentais para o empoderamento e uma vida mais saudável. No entanto, esse conhecimento deve incluir outras formas de saberes para que possamos realmente alcançar uma alimentação saudável. Sendo assim, acreditamos que as normas diretoras do documento da OMS (2004) são um bom começo de uma definição mais completa de alimentação saudável, quando inclui, além do alimentar, os exercícios físicos, os ambientes sociais e físicos saudáveis e positivos psicologicamente, elementos que também foram sugeridos por Azevedo (2008).

6.3 Terceira classificação: alimentação e qualidade de vida

Nos quadros 19 e 20, apresentamos os discursos das gestantes e parturientes que participaram desta pesquisa a respeito, respectivamente, da qualidade de vida relacionada à alimentação e do entendimento que possuem sobre qualidade de vida.

Quadro 19. Alimentação e qualidade de vida. A qualidade de vida passa pela alimentação?

P5	Com certeza. Quando a gente está com alimentação toda desregulada a gente sente cansada, não sente tanto animo para fazer as coisas, você acaba engordando e também fica mais estressada porque você não esta bem não fisicamente não pelo estético. Mas é certo que você não tem o mesmo folego para subir uma escada, as tarefas normais. Acho que tem tudo haver. Até mesmo para praticar atividade física quando você não faz uma alimentação saudável é muito mais complicado.
G3	Sim. Então ter qualidade de vida, além de você sentir bem, é ter o corpo funcionando bem, como o papel dos alimentos é contribuir na manutenção do funcionamento do nosso corpo não vejo como não associar a qualidade de vida e por outro lado o consumo exagerado de alimentos com gorduras e outras substancias podem surtir também o efeito contrario nos limitando com problemas sério de saúde.
G2	Com certeza. Se você tem um alimentação boa, eu considero, você tem menos doenças, probabilidade de sucumbir a doenças, você tem mais disposição, por exemplo no meu caso, o meu intestino funciona melhor, a minha pele funciona melhor, tudo isso é qualidade de vida. Quando eu pude verificar no meu corpo as mudanças, o que uma mudança na alimentação pode fazer. Eu sempre tive o intestino preso e eu consegui resolver só com alimentação e era uma coisa que me incomodava profundamente. Então a alimentação para mim é fundamental.
P2	Eu penso, em não ficar doente, viver mais tempo e sem problemas como artrite, osteoporose, até ser mais feliz. Eu fiquei mais feliz comendo melhor.
G4	Eu acho que uma alimentação equilibrada, saudável reflete no humor, no bem físico, até na parte intelectual, eu acho que é o conjunto de fatores. Que nem sempre é fácil cumprir.
P3	Sim. Eu acho que sim, não adianta fazer caminhada e chegar em casa e comer muita comida ou uma coisa que não seja saudável, tem que comer uma coisa mais balanceada. Eu acho que não adianta ir para academia e chegar em casa e comer um monte.
P4	Eu acho que isso também. Eu acho que se a pessoa não cuida da alimentação, só come gordura vai acabar afetando o coração, vai se sentir mais cansada. Mas, por essa parte de obesidade isso afeta diretamente a qualidade da pessoa.
G1	Sim.

Quadro 20. Qualidade de vida

	Na sua percepção o que é qualidade de vida?	Outros fatores para ter qualidade de vida:
P5	É a gente conseguir estar interagindo com todo mundo bem, principalmente com a gente, para poder interagir com os outros e o meio ambiente. É um interação, é você estar bem dentro da sociedade com as pessoas, o trato com as pessoas e o ambiente.	Atividade física, alimentação, infelizmente a gente vive num mundo capitalista e para a gente ter qualidade de vida a gente tem que ter dinheiro. Porque você precisa viajar, ir cinema ao teatro. Cultura e lazer e para tudo isso precisa de dinheiro, por mais que você vai ali no parquinho da esquina você precisa de dinheiro, o seu filho vai pedir a pipoca ou isso e aquilo e tem que ter dinheiro. Então é alimentação, atividade física, dinheiro e acho que é estar bem com a gente mesma juntando tudo isso para ter uma boa qualidade de vida. A gente ficar bem

		com o mundo em volta, com as pessoas em volta da gente e nossos familiares. Isso é com certeza é sinônimo de qualidade de vida.
G3		Atividade física, atividades de interesse, vida social, tranquilidade no ambiente em que vive, qualidade ambiental.
G2	Primeiro é não estar doente, para mim. Segundo é ter disposição para fazer as coisas que envolve o exercício físico. Então eu sinto que quando eu faço exercício físico eu tenho um condicionamento físico melhor e eu me sinto mais disposta para fazer as coisas. E, não viver sob constante estresse. Isso para mim eu acho que seria qualidade de vida.	Exercício físico e eu diria uma sanidade mental. Não só o fato de não ter doenças mentais graves mas o fato de ter uma qualidade mental, com o nível de estresse controlado, nível de ansiedade controlado, de ter preocupação com eventos futuros. Então esses três pilares que eu elegeria uma boa qualidade de alimentação, exercício físico e uma sanidade mental. Não sei se esse termo é o correto, mas saber passar por pouco estresse controlar a ansiedade, o nervosismo essas coisa.
P2		Acho que verduras, legumes, muita fruta e água, me parecem os principais, sono regular, exercício (eu falo mas não gosto de fazer) auto estima, amigos, família, cachorrinho.
P1	Para mim qualidade de vida é ter uma vida tranquila, uma vida boa é tudo que eu falei, é ter uma alimentação boa, equilibrada, sem muita gordura, sem muita comida pesada e também praticar esporte. Eu não tenho uma qualidade de vida, se eu for ver hoje eu não tenho uma qualidade de vida boa. A minha qualidade é regular, eu poderia melhorar e estar melhorando ela cada vez mais.	Acho que qualidade de vida é ter uma alimentação boa, é fazer exercício físico, algum esporte, é estar bem, com a vida tranquila, sem estresse. São várias características que podem levar a pessoa ter uma qualidade de vida boa. E do contrário também pode ter uma qualidade de vida ruim. Mas vai das escolhas que a pessoa está fazendo, todo momento ela está fazendo algum tipo de escolha. Então ela pode estar escolhendo não escolher nada mas ela está escolhendo, está tendo opção de escolher.
G4	Pessoalmente qualidade de vida para mim é você fazer oito horas de sono, é poder acordar e poder chegar rápido no trabalho, é poder ter condições de ter uma alimentação equilibrada, ter poder aquisitivo para isso, poder fazer atividade física, poder ter um lugar um parque, um lugar que você possa ir e ter contato com a natureza, e também ficar com a família	Parte física, exercitar é muito importante e equilíbrio, não adianta fazer muito exercício ou trabalhar demais tem que ter um equilíbrio na vida. Que nem sempre é fácil cumprir.
P3	Eu acho que não é só alimentação, tem que ter uma vida calma, trabalhar numa coisa que você goste e tentar não só ir de casa para o trabalho e trabalhar para casa, tentar fazer uma coisa diferenciada, tentar cuidar um pouco da gente.	Caminhar, alimentação, sem o estresse.
P4	Para mim qualidade de vida é ter uma família harmoniosa, estar bem no meu emprego, estar bem comigo mesma, pegar sol de vez enquanto, ir para praia por exemplo, por aqui na Noruega como é mais	Esporte, mas eu não faço. Eu acho que para ter uma boa qualidade de vida ter um emprego que tu gosta, ter uma família harmoniosa, claro que tu sempre vai ter atrito, (...) ter amigos, sair com os amigos, não só ficar em casa, passear.

	escuro então é para melhorar a qualidade de vida de vez enquanto tem que ir para um lugar quente e não ter preocupações financeiras.	
--	--	--

Análise terceira classificação

Ao serem questionadas sobre se a qualidade de vida perpassa pela alimentação (Quadro 19), as entrevistadas deram respostas positivas e ainda relacionaram o assunto a questões referentes à saúde e ao bem-estar, por meio da alimentação saudável apontada como benéfica e um dos itens constituintes de uma melhor qualidade de vida. A alimentação novamente aparece como forma de medicamento. (Vieira E. C., 2010), ou seja, positiva, quando foca alimentos saudáveis, e danosa, podendo causar doenças, cansaço e estresse, como descrito por G3, G2, P2 e P4. Para essas mulheres, os alimentos são causas diretas de saúde e doença. Sendo assim, a saúde surge como uma das principais explicações para tentar seguir uma alimentação considerada, por elas, mais saudável.

Outro motivo apontado para uma alimentação saudável foi o bem-estar, observado no discurso de P5, quando relaciona uma dieta desregulada ao cansaço e estresse, e disposição, tanto na facilidade de realizar atividades quotidianas quanto para os exercícios físicos. A disposição também foi lembrada por G2, que usa um exemplo pessoal como forma de melhoria na dieta e em sua qualidade de vida. Mais diretamente, G3 diz que comer melhor a faz se sentir bem, mantém o corpo funcionando bem. Já no caso de P2, a alimentação melhor traz felicidade, que também foi vista no discurso de G4 sobre comer bem e ter um humor e físico melhor.

A felicidade destacada por P2 junta-se à ideia de longevidade e corrobora a teoria de Lipovetsky (1994), segundo a qual o controle alimentar é uma das formas de atingir a tão sonhada longevidade que o mundo ocidental nos vende como ideal de vida, assim como o bem-estar teorizado por Bauman (2005), como forma de viver melhor. Porém, essa questão foi tratada por essas mulheres como sinônimo de saúde, de melhoria de vida e conforto. Esses são elementos de qualidade de vida, que são encontrados na teoria de Minayo et al. (2000), na qual os autores descrevem que o conceito depende das variáveis de época, cultura e estrato social para o que cada um considera qualidade de vida. Todavia, o que encontramos, no mundo globalizado, é a repetição dos mesmos ideais que incluem o conforto, o bem-estar, viagens, dinheiro, como citado por Minayo et al. (2000).

Minayo et al. (2000) também colocam que há fatores objetivos e mesuráveis de qualidade de vida e que o considerado mínimo e universal sobre ter qualidade de vida por uma população surge nas necessidades elementares, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer e outros que são subjetivos e difíceis de classificar, que adentram o pensamento e o sentimento. Gill e Feinstein (1994) revisaram diversos artigos sobre o tema e concluíram que não existe uma única classificação e definição, quando tratamos dos fatores subjetivos de avaliação sobre qualidade de vida, pois depende do objetivo, da formação do pesquisador e dos valores culturais, sociais e econômicos dos pesquisados.

Alguns dos itens objetivos do mínimo necessário para qualidade de vida não foram citados, pois não são problemas próximos dessas gestantes e parturientes, como água potável, habitação e educação. Essas gestantes e parturientes também não mencionaram aspectos descritos pelas gestantes que participaram da pesquisa de Davim et al. (2010), como, por exemplo, assistência pré-natal, ter parceiro, moradia, violência doméstica e dificuldade financeira, discutidos no item 2.3 desta pesquisa. No entanto, outros foram encontrados como alguns fatores objetivos e outros que as pesquisas sobre qualidade de vida avaliam como subjetivos. Esses fatores podem ser observados no Quadro 20, quando as entrevistadas respondem sobre os outros itens importantes para obter uma qualidade de vida e o que, na percepção delas, é qualidade de vida. Fatores, como alimentação saudável, reapareceram na definição, assim como os exercícios físicos, o bem-estar e a inclusão de novos valores, como o conforto, o dinheiro, o trabalho e a preocupação com o meio ambiente, que estão em consonância com alguns dos fatores levantados por Davim et al. (2010) e com a descrição exposta na citação de Minayo et al. (2000).

Sendo assim, nesta parte da pesquisa, a atividade física ressurgiu nas falas de todas as gestantes e parturientes, com exceção de G1, que não respondeu à pergunta. A atividade física surge como qualidade de vida para G2, G3, P5, G4 e P1, no formato de esporte, na de P3, no de caminhada e, por fim, mesmo que faça parte de uma melhor qualidade de vida para P2, que não gosta, e para P4, que não pratica. A importância desse item pode ser correlacionada à questão do peso, que aparece como uma preocupação para essas mulheres, assim como para a maior parte da sociedade ocidental. Como Bauman (2005) coloca, desejamos o corpo perfeito e um dos meios de conseguir é exercitar, fazer dietas e controlar.

A alimentação reaparece no Quadro 20 como um dos fatores, para quase todas as entrevistadas, como sinônimo de uma melhor qualidade de vida, fator que também aparece como segundo em importância para uma boa qualidade de vida para as gestantes estudadas por Davim et al. (2010). Sendo assim, uma alimentação saudável aparece no discurso de P5, enquanto P2 coloca como consumir verduras, legumes e frutas, o que novamente ratifica a ideia de alimentação de Vieira E.C (2010). Já, o equilíbrio na alimentação ressurge na fala de G4 e P1, que eliminam gorduras e comidas pesadas, como forma de qualidade de vida e ratificam a afirmação de Bauman (2005) de que travamos uma guerra contra a gordura na vida líquida moderna.

Mas, além das questões de estética, a doença³⁹ aparece no discurso de G2, no qual qualidade de vida foi relacionada ao não estar doente, também sugerido, nos estudos de Davim et al.(2010), como fator maléfico numa avaliação de qualidade de vida. Em nossa pesquisa, uma forma de doença que G2 sugere aparece no formato da insanidade mental, um dos medos e problemas modernos que atinge a sociedade ocidental, assim como o estresse, outro problema que atinge a população mundial, e que também surge na fala de G2. O estresse também reaparece nas falas de P3 e P1, que declaram ter uma vida tranquila. Assim igualmente foi observado por G3, na tranquilidade do ambiente em que vive. Nesse ponto, não aparece a ideia de saúde, mas de não estar doente. As doenças crônicas e psicológicas foram um dos fatores que induziram à mudança no tratamento biomédico do corpo e do paciente, pois a definição biológica de doença não consegue explicar os problemas psicológicos da atualidade. Consequentemente, aumentou o campo de estudos sobre saúde e doença, que vai além da medicina e disponibiliza a possibilidade de outros profissionais, que não os da saúde, estudar o corpo. Como já discutido, o corpo não faz parte apenas da biologia, mas também envolve o social e o cultural em sua construção. (Mauss, 1936; Separavich e Canesqui, 2010; LeBreton, 2006).⁴⁰ Por fim, cria uma visão integral e total na definição de doença e saúde e nelas aparecem questões objetivas e subjetivas, como o bem-estar, reproduzidas em documentos como o da OMS.

A questão financeira, que é de cunho de avaliação objetiva, foi citada por P5, como na definição de Minayo et al (2000), para viagens, cultura, cinema e lazer. O

39 Relembramos que o doente é diferente da doença. Como Avila-Pires (2000) sugere, o primeiro é validado e construído no social, no papel do sick role, enquanto a segunda é o acúmulo de sintomas reconhecidos também no social, mas comprovados dentro da biologia.

40 Ver item 1.5 (Corpo Social).

poder aquisitivo foi revisto na fala de G4 e P4, quando dizem que é importante não ter problemas financeiros e poder viajar para um lugar com sol. O dinheiro foi visto como benéfico, mas não como um problema econômico grave na vida dessas mulheres. As horas de sono foram vistas no discurso de P2, G4 e P4. G4 e P4, assim como no de P3, Todas falam da importância do emprego e da facilidade de acesso e de tempo despendido para chegar ao trabalho. O fator ter um trabalho não aparece como problema para essas mulheres, sendo esse um dos fatores objetivos descritos por Minayo et al (2000). O problema apontado foi gostar do que faz, chegar sem dificuldades. Questões, como dificuldade financeira, lazer e trabalho excessivo, também foram relatadas por Davim et al. (2010).

Questões avaliadas como subjetivas surgem, como a ideia de interagir com todos, estar bem consigo, conforme dito por P5 e P3. Também aparecem nas falas de P1 e G3, que dizem ser importante ter vida social, enquanto para G4 e P4, a família aparece como fundamental, o que também foi lembrado por P2, que mencionou os amigos, a família e animal de estimação e, finalmente, ter autoestima como configuração fundamental para ter qualidade de vida. São questões difíceis de serem mensuradas e avaliadas, mas importantes, quando trabalhamos com os fatores de uma boa qualidade de vida.

Todavia, uma qualidade de vida boa não é fácil de alcançar ou manter, como demonstrado por G4, que coloca que não é fácil manter o equilíbrio descrito por ela. Já P1 acredita que poderia melhorar e que essa melhora depende das escolhas individuais. Porém, nem tudo depende de nossas decisões. Existem os problemas ambientais, como poluição do ar, da água e do solo, assim como o aumento do nível do mar, que atingem muitas populações e causam uma piora da qualidade de vida, mas não fazem parte da ação individual e, sim, de políticas públicas. No entanto, mesmo que o problema recaia sobre o indivíduo, a saúde pública, segundo Castiel et al., (2010), não deve culpabilizar o indivíduo, pois muito pode ocorrer por indução, desconhecimento e influências. O estilo de vida e os comportamentos de risco não devem ser observados sobre o prisma individual, pois os problemas individuais podem ser originados por questões sociais, econômicas e culturais. Os autores concluem que devemos observar o meio em que os problemas de saúde surgem, e não apenas as ações do indivíduo, sendo que o ambiente de trabalho, de moradia, econômico e social devem ser considerados.

Por fim, a questão ambiental surge na fala de P5 como ter um bom meio ambiente ao redor, na de G3, como ter qualidade ambiental, e na de G4, no formato de ter natureza ao redor. A visão ecológica aqui exposta parte do lado individualista, e não dos problemas e da preocupação com o futuro.

Conclusão terceira classificação

A qualidade de vida tem várias interpretações e definições e, dependendo do trabalho apresentado, as definições, as escalas e os índices de avaliação se distinguem e produzem resultados distintos (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Não é diferente nesta pesquisa, que trabalha com um estudo de caso e com um enfoque qualitativo, ao analisar o discurso de algumas gestantes e parturientes sobre o que elas acreditam que seja qualidade de vida. Não houve uma mensuração dos fatores objetivos e, muito menos, ferramentas para a avaliação dos subjetivos. Buscamos apenas entender um pouco sobre os itens lembrados quando falamos de qualidade de vida.

Alguns dos fatores levantados por essas mulheres como qualidade de vida também foram vistos na pesquisa de Davim et al. (2010), que trabalhou com gestantes de baixa renda e baixo nível educacional, demonstrando que muitos dos valores que hoje concebemos como qualidade de vida são universais e independentes de classe, como afirmam Minayo et al. (2000). Logo, saúde, alimentação, família, sono e lazer foram citados em ambos os trabalhos (nesta pesquisa e na de Davim et al. (2010), como itens influenciadores na avaliação de uma boa qualidade de vida, enquanto ambos também tratam fatores, como, por exemplo, trabalho excessivo, doença, dinheiro e poucas horas de sono, como maléficos e prejudiciais na avaliação de qualidade de vida.

Outros fatores encontrados por Davim et al (2010) não foram citados nesta pesquisa, como quanto à assistência pré-natal, ter parceiro, moradia, violência doméstica e dificuldade financeira. Acreditamos que esses são itens com os quais as mulheres desta pesquisa não se preocupam, por não fazerem parte do universo de preocupação no espaço social ao qual elas pertencem, menos a violência doméstica, pois esse pode ser encontrado em qualquer classe social. Porém, a assistência pré-natal é algo que todas possuem, sem depender do Sistema Público de Saúde, enquanto, na questão do parceiro, todas são casadas. Já, as dificuldades financeiras e de moradia não aparecem ser um problema segundo os discursos das mulheres de nossa pesquisa. Entretanto, houve outros que não foram vistos na pesquisa de Davim et al. (2010) e que

foram discutidos nesta pesquisa, como bem-estar, alimentação saudável, exercício físico, viagens, autoestima, felicidade e meio ambiente.

As falas das gestantes e das parturientes sobre qualidade de vida revelam uma preocupação com o meio ambiente, com fazer exercícios, mas não em excesso, ter condições financeiras, uma satisfação pessoal e social.

Atualmente, as atividades físicas e as questões ambientais fazem parte das notícias na mídia, dos programas nacionais de manutenção da saúde e de pesquisas científicas, sendo parte do contexto histórico em que vivemos. Tais atividades e questões são lembradas nas falas dessas mulheres, pela preocupação com o corpo e pela saúde que levaram às transformações alimentares observadas no decorrer desta pesquisa. Sobre as questões culturais, não foi possível perceber alguma forma de distinção, visto que não havia entrevistada de outra cultura. Surgiram, nas declarações de qualidade de vida das entrevistadas, fatores subjetivos e objetivos, mas, principalmente, o conceito destacado por Minayo, Hartz & Buss (2000), no qual aparecem o conforto e o bem-estar como padrão universal, valores ocidentais de qualidade de vida.

Como Trigo (2000) coloca, é necessário entender que existem correntes teóricas, ideológicas e simbólicas que envolvem nossos conceitos e construções sociais e que não é diferente quanto aos conceitos de qualidade de vida e alimentação saudável. Mas, mesmo com diferentes formas de perceber e descrever, há uma corrente dominante e que aparece na percepção dessas mulheres, de acordo com a qual a qualidade de vida abrange os valores ocidentais destacados por Minayo et al. (2000).

Nesse momento da vida dessas mulheres, o conceito de qualidade de vida traz várias questões, as quais, entretanto, não abarcam problemas ambientais, econômicos e sociais. Essa descrição de qualidade de vida se encaixa na definição da OMS: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida do contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (The WHOQOL Group, 1995). Para esse órgão, porém, existem outros fatores. Assim, qualidade de vida envolve aspectos sociais e culturais, além das condições psicológicas e ambientais.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Na presente pesquisa de mestrado, exploramos o que é considerado qualidade de vida e saúde para grávidas, tendo em conta os temas da alimentação e da nutrição. Pesquisas científicas em diversas áreas do conhecimento, como antropologia, áreas biomédicas, nutrição e sociologia, propõem diversos significados, explicações e noções sobre o que é considerado qualidade de vida e como essa influencia a nossa saúde.

Por meio de questionários e entrevistas, investigamos se houve mudança nos hábitos alimentares durante a gravidez. Buscamos, igualmente, entender quais são os mitos e as crenças vivenciados pelas gestantes e parturientes sob o prisma da alimentação. Por fim, ambicionamos saber quais são os significados das práticas alimentares e as suas modificações, ou não, durante a gravidez, por meio da percepção das grávidas e de acordo com seu ambiente social e econômico, usando informações coletadas por meio da mídia, de médicos e de familiares e de que forma isso contribui para a sua percepção sobre qualidade de vida.

O objetivo deste trabalho foi perceber o que não é mesurável em índices e nos aspectos gerais, motivo pelo qual não abarcamos as outras dimensões que interessam à qualidade de vida.

Percebemos que as transformações sociais, históricas e culturais permeiam nossas vidas de uma forma que muito do que concebemos como elementos dados teve uma história de luta e conquista ideológica. Um deles foi o conceito de saúde que, com o desenvolvimento da saúde pública e das políticas públicas, recebeu um status de direito constitucional garantido pela maioria dos Estados ocidentais, principalmente durante a idade reprodutiva feminina.

Atualmente, a gestação traz mudanças e, entre elas, as alimentares. É um momento especial e de transformação do corpo e no meio social, pois a mulher adquire um novo papel: ser mãe. São novas informações, conhecimentos e medos que surgem nessa nova etapa, onde cada gestante e cada parturiente, dentro do espaço social por elas habitado, têm seus conselhos, permeados por saberes científicos, crenças, mitos e histórias de vida. Para as mulheres entrevistadas, os conhecimentos populares não foram destacados como fatores influenciadores. Pelo contrário, apreciam as informações médicas e científicas e nelas confiam, contudo, com ressalvas. Tiveram a internet como um meio comum de comunicação e informação, ou seja, diferente do que apresentamos

no corpo teórico deste trabalho – a influência atual e o poder dos meios de comunicação em massa – negam ter utilizado a mídia televisiva e impressa como fonte de conhecimento perante questões referentes à gestação. Entretanto, como já mencionamos, a utilização da internet aparece em seus discursos, nos questionários e entrevistas, abrindo espaço como uma nova forma de dissipação e troca de conhecimentos e uma maior possibilidade de empoderamento. Isso porque a internet surge como uma fonte de consulta importante como forma de conhecimento e tomadas de decisões. Esta pesquisa qualitativa abarcou uma classe social com mais opções e meios de mitigação.

As mulheres aqui pesquisadas demonstraram ter acesso à informação, ao conhecimento e ao poder de decisão de acordo com suas opiniões e desejos, ou seja, são empoderadas quando abordamos assuntos relacionados à gestação, principalmente quando discutimos as influências externas, como de amigos, familiares, médicos e mídia tradicional.

O conhecimento da ciência da nutrição, apesar de ser reconhecida como importante, ainda é uma disciplina em desenvolvimento, que deve respeitar e abarcar saberes populares, regras religiosas, culturais e sociais. Apesar do saber popular não ser destacado pelas entrevistadas, não concluímos que, num país como o Brasil, não existem nem persistem crenças com valores focados nos antepassados, sem explicações científicas, mas com reconhecimentos empíricos. Ressaltamos que existem mitos advindos do cientificismo e alguns criados pela mídia, cultura, sociedade e grupos sociais e que todos os conhecimentos alimentares podem ser importantes. Numa perspectiva interdisciplinar, os estudos sobre alimentação devem respeitar todos os saberes e apresentar novas formas de empoderar a população. Isso porque não podemos nos esquecer de que os problemas nutricionais perpassam classes sociais, gerações e países e que o problema reside nas dietas desequilibradas e no modo de vida irregular que temos e com o qual construímos nossas vidas. As preocupações da saúde pública perante o crescente problema causado pelas transformações alimentares, tanto na composição dos alimentos quanto nos hábitos da sociedade, devem incluir a divulgação de informações acessíveis referentes aos conhecimentos nutricionais que incluam o entendimento social, econômico e ambiental.

Qualidade de vida e alimentação saudável são dois conceitos em constante construção e transformação e abordados em diversas situações quotidianas e estudos de

cunho científicos, mas sem uma definição única, ou seja, não existe, ainda, consenso sobre o que pode ser considerado e classificado como qualidade de vida e como alimentação saudável. Porém, como mostrado nesta pesquisa, em nossos valores ocidentais, conceituações que envolvem a ausência de doenças e a presença da saúde formam a maioria das definições produzidas e discutidas. Precisamos entender as questões nutricionais para que possamos avançar no desenvolvimento da relação entre saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS CITADAS

- Avila-Pires, F. D. (2013). A distant echo of eco-epidemiology: A review. *Rev. Patol. Trop.* , 1-12.
- Avila-Pires, F. D. (2008, julho 1). On the concept of disease. *Revista de História & Humanidades Médicas* , 3-17.
- Avila-Pires, F. D. (2000). Saúde, doença e teoria de sistemas. *Actas do 1º Congresso Luso-Brasileiro de História da Ciência e da Tecnologia* (pp. 606-617). Évora: Cidade.
- Azevedo, E. d. (2009, jun 14). *AO e suas correntes*. Retrieved maio 05, 2013, from Portal Orgânico: http://www.portalorganico.com.br/sub/16/ao_e_suas_correntes
- Azevedo, E. d. (2004, jun 6). Mudança nos modos de viver e se alimentar a partir de adoção do padrão técnico moderno de produção de alimentos. <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art04.pdf>. Retrieved jun 10, 2012, from <http://www.rimisp.org/getdoc.php?docid=6545>
- Azevedo, E. d. (2008, nov/dez). Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Revista de Nutrição* , 717-723.
- Baião, M. R., & Deslandes, S. F. (2006, mar/abr). Alimentação na gestação e puerpério. *Revista de Nutrição* , 245-253.
- Baião, M. R., & Deslandes, S. F. (2010, out). *Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)*. Retrieved ago 12, 2012, from Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800025
- Barbosa, G. P., Giffin, K., Angulo-Tuesta, A., Gama, A. d., Chor, D., D'Orsi, E., et al. (2003). Parto cesáreo: quem o deseja? *Caderno de Saúde Pública* , 19(6), 1611-1620.
- Barros, D. C., Pereira, R. A., Gama, S. N., & Leal, M. d. (2004). O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* , S121-S129.
- Barros, J. C. (2001). O processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Mesa Redonda Ciência para a Justiça e Equidade* (pp. 67-84). São Paulo: VII Congresso Paulista de Saúde Pública.
- Bauman, Z. (2005). *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Belarmino, G. O., Moura, E. F., Oliveira, N. C., & Freitas, G. L. (2009). Risco Nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem* , 169-175.
- Berger, B., & Berger, P. L. (1977). Socialização: Como ser memebro de uma sociedade. In M. M. Foracchi, & J. S. Martins, *Sociologia e Sociedade: leituras de introdução à sociologia*. (cap 13). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Bleil, S. I. (1998). O padrão alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança da hábitos no Brasil. *Revista Cadernos de Debate* , VI, 1-25.

- Brasil. (2012). *Comissão para definição da classe média no Brasil*. Secretaria de Assunto Estratégicos (SEA). Brasília: Governo Federal.
- Brasil. (2013). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasil.: Secretaria de Políticas para as Mulheres.
- Brasil, (2009). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brenes, A. C. (2008). História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. *Revista Médica de Minas Gerais* , 18(2).
- Brum, J. L. (2004). *Práticas em saúde para a mulher e a criança: restropectiva histórica em Carasinho - RS (1931-1945)*. Paso Fundo: UPF.
- Bueno, M. F., Gamas, C. M., & Vítolo, M. R. (2011). Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* , 13-19.
- Camargo Jr., K. R. (2003). Medicina, medicalização e produção simbólica. O trajeto histórico da medicina no Ocidente. In K. R. Camargo, & HUCITEC (Ed.), *Biomedicina saber & ciência: Uma abordagem crítica* (Vol. cap. 4, pp. 49-59). São Paulo, SP, Brasil: HUCITEC.
- Canesqui, A. M. (2007, mar/abr). *A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular*. Retrieved jul 14, 2012, from Scielo:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000200010&lang=pt
- Canesqui, A. M. (1988, Março 22). Antropologia e Alimentação. *Revista Saúde Pública* .
- Canesqui, A. M. (2005). Comentários sobre os Estudos Antropológicos da Alimentação. In A. M. Canesqui, & R. D. Garcia, *Antropologia e Nutrição: Um debate possível* (pp. 23-41). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Fiocruz.
- Canesqui, A. M., & Garcia, R. D. (2005). Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In A. M. Canesqui, & R. D. Garcia, *Antropologia e nutrição: um diálogo possível* (pp. 9-19). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Fiocruz.
- Castiel, L. D., Ferreira, M. S., & Guilam, M. R. (2010). *Correndo o risco: Uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Fio Cruz.
- Coelho, C. C. (2006). Breve história da mulher e seu corpo. In E. B. Coelho, M. C. Calvo, & C. C. Coelho, *Saúde da mulher: um desafio em construção.*, (pp.10-26). Florianópolis, SC: UFSC.
- Crosland, M. (2004). *The Officiars de Santé of the French Revolution: A case study in the changing language of medicine*. Retrieved dec 1, 2012, from Medical history:
<http://www.biomedsearch.com/attachments/00/15/15/11/15151105/medhis4802-229.pdf>
- Dalen, B. v. (2011, out 4). *Between Orient and Occident: Transformation of Knowledge*. Retrieved dez 4, 2012, from Annals of Science:
<http://dx.doi.org/10.1080/00033790.2011.617946>

- Davim, R. M., Silva, R. A., Gomes, A. P., Galvão, M. C., & Araújo, M. G. (2010). *Qualidade de vida de gestantes: fatores que interferem*. Retrieved set 22, 2013, from Fiep Bulletin: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2022/3944>
- Douglas, M. (2012). *Pureza e Perigo*. São Paulo, SP, Brazil: Perspectiva.
- Ferreira, A. L., Eduardo, A. B., & Dantas, A. d. (2003, julho 17). *Geografias e topografias médicas: os primeiros estudos ambientais da cidade concreta*. Retrieved dez 3, 2012, from Boletín del Instituto de Geografía: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rig/article/view/30332>
- Fleck, M. P. (2000, jan). *instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. Retrieved jan 14, 2012, from Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext
- Fontanella, B. J., & Secco, K. N. (2012, junho 5). *Gestação e tabagismo: representação e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família*. Retrieved junho 5, 2013, from Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000300008&script=sci_arttext
- Foucault, M. (2005). O que são as Luzes? In M. B. Motta, *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento* (Vol. 2, pp. 335-351). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Forense.
- Fowles, A. R., Bryant, M., Kim, S., & Timmerman, G. M. (2010, dez 3). Eating at fast-food restaurants and dietary quality in low-income pregnant women. *West J Nurs Res*. Austin, Texas, US, 630-651.
- Freire, K., Padilha, P. d., & Saunders, C. (2009, maio 11). *Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação*. Retrieved junho 5, 2013, from <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a03.pdf>: Scielo
- Garcia, R. W. (2003, out/dez). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista Nutrição*, 4 (16), 483-492.
- Gaumer, B. (1995, jan 12). *Évolution du concept de santé publique. dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIII siècle aux années 1970*. Retrieved dec 5, 2012, from Ruptures, revue transdisciplinaire en santé: http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup021_037.pdf
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994, ago). *A critical appraisal of quality of quality-of-life measurements*. Retrieved ago 12, 2012, from JAMA: <http://jama.jamanetwork.com/>
- Haguete, T. M. (1987). *Metologias Qualitativas na sociologia*. Petrópoles: Vozes.
- Helm, J. (2001, jan 1). *Protestant and Catholic Medicine in the Sixteenth Century? The case of Ingolstadt Anatomy*. Retrieved dec 2, 2012, from Medical History: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1044699/>
- Hernández, J. C. (2005). Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares. In A. Canesqui, & R. D. Garcia, *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*.(pp.129-146). Rio de Janeiro: FioCruz.

- Hertz, R. (1980). *A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa*. Rio de Janeiro: Religião e Sociedade.
- Kluthcovsky, A. C., & Takayanagui, A. M. (2007, jan/jun). *Qualidade de vida - aspectos conceituais*. Retrieved abril 12, 2012, from Revista Salus: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/12.pdf
- Knibiehler, Y. (1990). *Corpos e corações*. In G. Duby, & M. Perrot, *Histórias da mulheres no Ocidente. vol 4*.(pp.350-401) São Paulo: Ebradil.
- Knibiehler, Y. (2007). *Qui gardera les enfants? Mémoires d'une féministe iconoclaste*. Paris: Calmann-Lévy.
- Kuhn, T. S. (1978). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- LeBreton, D. (2006). *A Sociologia do Corpo*. (S. M. Fuhrmann, Trans.) Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- LeGoff, J. (2003). *Documento/História. História e Memória*. Campinas: Unicamp.
- Lipovetsky, G. (1994). *Os Tempos Hipermodernos*. Edições 70.
- Maciel, M. E. (2005). *Identidade Cultural e Alimentação*. In A. M. Canesqui, & R. D. Garcia, *Antropologia e Nutrição: Uma debate possível* (pp. 59-55). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Fiocruz.
- Mann, P. H. (1983). *Métodos de Investigação Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Marques, E. S., Botelho, M. V., Franceschini, S. C., Araújo, R. A., & Cotta, R. M. (2011). Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. *Ciência & Saúde coletiva* , 4267-4274.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. . *Journal de psychologie*, XXXII, , 363-386.
- McCurry, N., Thompson, K., Parahoo, K., O'Doherty, E., & Doherty, A.-M. (2002, march). *Health Education Journal*. Retrieved out 12, 2012, from Sage: Health Education Journal March 2002 vol. 61 no. 1, 20-31
- Mentz, L. A., Schenkel, E. P., & Mengue, S. S. (2001). *Uso de plantas medicinais na gravidez*. (R. b. [online]., Producer) Retrieved maio 3, 2013, from Scielo: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2001000100004&lng=en&nrm=iso>
- Meyer, D. E. (2009). *Corpo, saúde e gênero: Fragmentos de histórias sobre corpos e vidas maternas*. In C. C. Coelho, C. S. Tornquist, M. C. Lago, & T. K. Lisboa, *Leituras de Resistência - Corpo, violência e poder. Vol II* (pp. 81-101). Ilha de Santa Catarina: Mulheres.
- Minayo, M. C., Hartz, Z. d., & Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário*. *Ciência e Saúde coletiva* , 7-18.
- Moles, A. (1967). *Sociodynamique de la culture*. Paris: Mouton.
- Monteiro, C. A., Mondini, L., & Costa, R. (2000). Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas no Brasil (1988-1996). *Revista Saúde Pública* , 251-258.

- Nucci, L. B., Schmitdt, M. I., Duncan, B. B., Fuchs, S. C., Fleck, E. T., & Britto, M. S. (2001, set 27). *Estado Nutricional de gestantes: prevalência e desfechos associados à gravidez*. Retrieved out 12, 2012, from Scielo: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n6/7061.pdf>
- Nuland, S. B. (2005). *A peste dos médicos - Germes, febre pós-parto e a estranha história de Ignác Semmelweis*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Olsen, J., Rische, G., Poulsen, A. O., & Kirchheiner, H. (1989, dec 17). *Changing smoking, drinking and eating behaviour among pregnant women in Denmark. Evaluation of health campaign in a local region*. Retrieved aug 13, 2012, from PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2602919>
- OMS. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. WHO. France: WHO.
- OMS. (1996). *Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- OMS. (1948). *Organização Mundial da Saúde*.
- Orlandi, E. (2000). *Análise de Discurso –Princípios e Procedimentos*. Campinas, São Paulo: Pontes.
- Pacheco, A. H., Barreiros, N. S., Santos, I. S., & Kac, G. (2007, dez 23). *Consumo de cafeína entre gestantes e a prevalência do baixo peso ao nascer e da prematuridade: uma revisão sistemática*. Retrieved from Cadernos de saúde pública: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/01.pdf>
- Pena, B. S., Coutinho, F. d., & Pépece, O. C. (2010). O que devo comer? Influência da cultura no comportamento de consumo de alimentos por gestantes. *V ENEC - Encontro Nacional de Estudos do Consumo/ I Encontro Luso-Brasileiro de Estudos do Consumo Tendências e ideologias do consumo no mundo contemporâneo*. (pp. 1-20). Rio de Janeiro: ENEC.
- Pimentel, J. M., & Cravo, D. Z. (2005). Valor social e cultural da alimentação. In A. M. Canesqui, & W. D. Garcia, *Antropologia e Nutrição: um debate possível* (pp. 57-68). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Fiocruz.
- Pincelli, A. C. (2005, Dez 14). Trabalho infantil na fumicultura e filantropia empresarial: o discurso da Souza Cruz. *Mestrado em sociologia política*. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: UFSC.
- Piñero, J. M. (1969). *Medicina, Historia, Sociedad. Antología de clásicos médicos*. Barcelona: Ariel.
- Pizinni, F. (2000 Maio). *La medicalization du corps féminin*. Retrieved 2010 , 15-Julho from UFMG: www.medicina.ufmg.br/dmps/nems/arquivos/francapizzini.pdf
- Pons, S. C. (2005). Pontos de partida teórico-metodológico para o estudo sociocultural da alimentação em um contexto de transformação. In A. M. Canesqui, & W. D. Garcia, *Antropologia e Nutrição: uma debate possível*. (pp. 88-101). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Fiocruz.
- Poulain, J.-P., & Proença, R. d. (2003, jul/set). O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Revista Nutrição* , 245-256.

Rede Interagencial de Informações para Saúde. (2009). *Rede Interagencial de Informações para Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Rhoads-Baeza, M. E., & Reis, J. (2010, dez 29). *An exploratory mixed method assessment of low income pregnant Hispanic women's understanding of gestational diabetes and dietary change*. Retrieved maio 7, 2012, from Health Education Journal:
<http://hej.sagepub.com/content/71/1/80>

Ribeiro, V., Figueiredo, F. P., Silva, A. A., Batista, R. L., Barbieri, M. A., Filho, F. L., et al. (2007, junho 4). *Do socioeconomic factors explain why maternal smoking during pregnancy is more frequent in a more developed city of Brazil?* . Retrieved junho 5, 2013, from Scielo:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2007000900007

Ritzer, G. (2004). Social Problems. A comparative international perspective. In G. Ritzer (Ed.), *Handbook of social problems. A comparative international perspective*. Estados Unidos: Sage.

Rohden, F. (2006). Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Gênero* , 6(1), 213-224.

Romanelli, G. (2006). O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosa* (pp. 333-339). Rebeirão Preto: Medicina.

Rosen, G. (1979). *Da polícia médica à medicina social. Ensaio sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal.

Saccol, A. P. (2009). *A representação social da anorexia nervosa entre profissionais do Sistema Único de Saúde município de Florianópolis/SC: um estudo de caso*. Retrieved dec 17, 2012, from UFSC:
<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92228/271627.pdf?sequence=1>

Santos, B. d. (2010). *Um discurso sobre as ciências*. Porto, Portugal: Afrontamento.

Saunders, C., & Ramalho, R. A. (2000, jan/abril). O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. *Revista de Nutrição* , 11-16.

Schindwein, M. M., & Kassouf , A. L. (2007). Mudanças no padrão de consumo de alimentos tempo-intentivos e de alimentos poupadores de tempo, por região do Brasil. In I. d. IPEA, *Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas* (Vol. 2, pp. 423- 462). Brasília: IPEA.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). Retrieved june 12, 2012, from Scielo:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

Separavich, M. A., & Canesqui, A. M. (2010, jun). *Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão*. Retrieved jun 12, 2012, from Scielo:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/03.pdf>

Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simão, A. A. (2005, out 06). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Red de Revistas científicas de América Latina, el Caribe, Espana y Portugal* , 70 - 81.

Silva, I. d., Quevedo, L. A., Silva, R. A., Oliveira, S. S., & Pinheiro, R. T. (2010, agosto 29). *Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer*. Retrieved junho 5,

2013, from Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000500007&script=sci_arttext

Silva, L. R., Christoffet, M. M., & Souza, K. V. (2005, out/dez 14). *História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança*. Retrieved out 14, 2012, from Texto Contexto Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>

Trigo, M. (2000). Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , 18 (2), 5-22.

Víctora, C. G., Knauth, D. R., & Hassen, M. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde. Um introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo.

Vieira, E. C. (2010). Tabus, mitos e crendices em nutrição. *Revista Médica Minas Gerais* , 371-374.

Vieira, E. M. (2002). *A Medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Witt, A. (1971). Alguns conhecimentos sobre nutrição ligados à gestação e ao puerpério. *Revista Saúde Pública* , 97-102.

Wright, K. B. (2005). *Researching Internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services*. Retrieved dec 7, 2012, from Journal of Computer-Mediated Communication: <http://jcmc.indiana.edu/vol10/issue3/wright.html>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	65
Figura 2	66
Figura 3	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	67
Quadro 2	68
Quadro 3	70/71
Quadro 4	71
Quadro 5	71/72
Quadro 6	72
Quadro 7	72/73
Quadro 8	73/74
Quadro 9	74
Quadro 10	74/75
Quadro 11	90/91/92
Quadro 12	92
Quadro 13	97/98
Quadro 13.1	98/99
Quadro 13.2	99
Quadro 14	99
Quadro 15	99/100
Quadro 15.1	100/101
Quadro 16	105/106
Quadro 16.1	106
Quadro 17	106
Quadro 18	106/107
Quadro 19	111
Quadro 20	111/112/113

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO VIRTUAL

12/16/12

Alimentação e saúde: percepção sobre qualidade de vida de gestantes.

Alimentação e saúde: percepção sobre qualidade de vida de gestantes.

Olá,
Peço que repassem para as mulheres grávidas. Muito Obrigada,
Tati

Justificativa:

Para minha dissertação em ecologia humana na Universidade Nova de Lisboa, estou realizando uma pesquisa sobre qualidade de vida e gravidez.

Peço o auxílio de vocês (grávidas) para responder em alguns minutos este questionário e caso queiram me auxiliar ainda mais peço que deixem seus dados para futuro contato e uma entrevista rápida via telefone ou skype.

Muito Obrigada!

***Obrigatório**

Há quantas semanas está grávida? *

É o primeiro filho(a)? *

☐ Sim

☐ Não

Quantos filhos teve? *

Qual é a diferença de tempo entre a(s) gestações? *

meses

Teve alguma informação sobre alimentação durante a gravidez? *

☐ Sim

☐ Não

Onde obteve as informações sobre? *

Pode marcar mais de uma.

☐ Médico(a)

☐ Enfermeiro(a)

☐ Grupo de grávidas

☐ Livros

☐ Jomal

☐ Televisão

☐ Revistas

☐ Outros locais ou pessoas

localhost/Users/.../Alimentação e saúde percepção sobre qualidade de vida de gestantes..html

1/4

Segue alguma dieta específica? *

- ☐ Sim
☐ Não

Quem recomendou? *

Tem algum médico(a), enfermeiro(a) ou nutricionista acompanhando sua dieta? *

- ☐ Sim
☐ Não

Acredita seguir uma alimentação saudável? *

- ☐ Sim
☐ Não

Houve alguma mudança na gravidez na alimentação como evitar certos alimentos ou a consumir outros com maior frequência? *

- ☐ Sim
☐ Não

Acredita seguir uma dieta equilibrada? *

- ☐ Sim
☐ Não

Quando vai ao mercado, olha o rótulo das embalagens? *

- ☐ Sim
☐ Não

Acha importante olhar os rótulos dos produtos? *

- ☐ Sim
☐ Não

Tem dificuldade de compreender o rótulo?

- ☐ Sim

☐ Não

Acha importante entender o que quer dizer a tabela nutricional? *

☐ Sim

☐ Não

Acredita que alimentos fazem parte de uma vida saudável? *

☐ Sim

☐ Não

Acredita que qualidade de vida depende da alimentação? *

☐ Sim

☐ Não

Usa produtos naturais? *

☐ Sim

☐ Não

Orgânicos? *

☐ Sim

☐ Não

Biológicos? *

☐ Sim

☐ Não

Idade

anos

Estado civil

Onde nasceu?

Cidade que reside

**Renda da casa**

- ☐ 1 a 3 salários mínimos (622,00 - 1866,00)
- ☐ 3 a 6 (1866,00 - 3732,00)
- ☐ 6 a 9 (3732,00 - 5598,00)
- ☐ 9 a 12 (5598,00 - 7464,00)
- ☐ Mais de 12

Deseja participar da entrevista?

Será uma entrevista breve, realizada por telefone ou via skype. O contato não será divulgado. Por favor, deixe nome, telefone, email e contato do skype (caso tenha).



Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

ANEXO 2 - ENTREVISTA

1. O que acha ser proibido durante a gestação (hábitos/ alimentos/ etc.)? Por quê?
 2. O que acha que pode continuar a fazer ?
 3. Como era sua alimentação, antes da gravidez?
 - café da manhã
 - almoço
 - lanche
 - jantar
 4. Modificou-se?
 5. Houve alguma mudança na gravidez como evitar alguns alimentos ou consumir com maior frequência?
 - café da manhã
 - almoço
 - lanche
 - jantar
 6. Seguia alguma dieta?
 7. Agora segue alguma dieta, durante a gravidez?
 8. Há alguma recomendação médica sobre alimentação?
 9. Você pesquisou sobre alguma coisa referente a alimentação na gravidez?
 10. Ouviu em algum lugar?
 11. Teve conselho de alguém? Quem?
 12. Quais foram as recomendações?
 13. Concorde?
 14. Segue-as?
 15. Acha importante ter um profissional acompanhando a alimentação?
- Se tiver mais de um filho:
16. Você percebeu alguma diferença entre os cuidados e recomendações sobre a gravidez.
 - 16.1 E, na alimentação?
 17. O que entende por alimentação saudável?
 18. Acredita ter uma alimentação saudável?
 19. Tem uma dieta equilibrada? Carne, peixe, arroz, batata, verduras, doces
 20. Entende o que são nutrientes? O que são?
 21. Quando vai ao mercado, olha o rótulo das embalagens?
 22. Acha importante olhar o rótulo?
 23. Tem dificuldade de entender os rótulos? O que especificamente?
 24. Acha importante entender o que quer dizer a tabela?
 25. Acredita que alimentos fazem parte de uma vida saudável?
 26. A qualidade de vida passa pela alimentação?
 27. Se sim, como?

28. Quais são os outros fatores importantes para obter uma boa qualidade de vida?
29. Na sua percepção o que é qualidade de vida?
30. Utiliza alimentos orgânicos? O que são?
31. Naturais. O que são?
32. Biológicos? O que são?
33. Por quê? Utiliza ou não estes tipos de produtos?

ANEXO 3 – TABELA CLASSE MÉDIA BRASIL

Tabela 23

Renda familiar média dos indivíduos

Classe	Renda familiar média (R\$/mês)
Extremamente pobre	227
Pobres, mas não extremamente pobres	648
Vulnerável	1030
Baixa classe média	1540
Média classe média	1925
Alta classe média	2813
Baixa classe alta	4845
Alta classe alta	12.988

Nota: Valores expressos em R\$ de abril de 2012.

Fonte: Estimativas produzidas com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).